UNIVERSITÉ DE RENNES — FACULTÉ DE DROIT

Les Syndicats de Médecins

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le Samedi 24 Février 1940, à 15 heures

PAR

JEANNE-THÉRÈSE ANDRÉ

Membres du Jury :

MM. TRASBOT, Professeur, Président.
FROMONT, Professeur.
Mme ROUSSEAU, Chargée de cours.

RENNES
IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ÉCLAIR
38, Rue du Pré-Botté, 38

1939

Les Syndicats de Médecins

UNIVERSITÉ DE RENNES. — FACULTÉ DE DROIT

Les Syndicats de Médecins

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le Samedi 24 Février 1940, à 15 heures

PAR

JEANNE-THÉRÈSE ANDRÉ

Membres du Jury :

MM. TRASBOT, Professeur, Président.
FROMONT. Professeur.
Mme ROUSSEAU, Chargée de cours.

RENNES
IMPRIMERIE COMMERCIALE DE L'OUEST-ÉCLAIR
38, Rue du Pré-Botté; 38
—
1939

La Faculté n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
Ferdinand ANDRÉ,
Professeur de Lettres

MEIS, MAGISTRIS ET AMICIS.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je jure, par Apollon médecin, par Asclepios, Hygie et Panacée, et je prends à témoin tous les dieux, toutes les déesses, d'accomplir, selon mon pouvoir et ma raison, le serment dont ceci est le texte : d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet art, de faire vie commune et, s'il est besoin, de partager mes biens avec lui; de tenir ses enfants comme mes propres frères, de leur enseigner cet art, s'ils ont besoin de l'apprendre, sans salaire ni promesse écrite; de faire participer aux préceptes, aux leçons et à tout le reste de l'enseignement, mes fils, ceux du maître qui m'a instruit, les disciples, inscrits et engagés selon les règlements de la profession, mais ceux-là seulement. J'appliquerai les régimes pour le bien des malades, selon mon pouvoir et mon jugement, jamais pour faire tort ou mal à personne. Je ne donnerai à personne pour lui complaire un remède mortel, ni un conseil qui l'induise à sa perte. De même je ne donnerai pas à une femme un pessaire abortif. Mais je conserverai purs et ma vie et mon art. Je ne pratiquerai pas la taille, même chez les calculeux (manifestes); je laisserai cette opération aux praticiens. Dans toute maison où je viendrai, j'y entrerai pour le bien des malades, me tenant loin de tout tort volontaire et de toute séduction, et surtout loin des plaisirs de l'amour avec les femmes ou avec les hommes, soit libres, soit esclaves. Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice, et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret. Si j'accomplis ce serment avec fidélité, qu'il m'arrive de jouir de ma vie et de mon art en bonne réputation parmi les hommes et pour toujours; si je m'en écarte et l'enfreins, qu'il m'arrive le contraire.

INTRODUCTION

I. — La définition la plus simple du Syndicat est celle qui résulte de la loi du 21 mars 1884 (1) : le Syndicat est une association formée entre individus exerçant le même métier dans le but de pourvoir à la défense de leurs intérêts professionnels.

Au point de vue historique, les syndicats ont été créés pour les ouvriers et sur leurs sollicitations réitérées. Malgré leurs nombreuses demandes, ce n'est qu'après la loi du 25 mai 1864 qu'ils obtinrent l'autorisation de former des « associations syndicales », faveur exceptionnelle, puisque le droit d'association était à peu près supprimé depuis la Constituante (2). La loi du 21 mars 1884 (modifiée depuis par la loi du 12 mars 1920), accorda enfin la liberté de former de vrais syndicats, tels qu'ils existent aujourd'hui. En 1901, la législation se compléta par la reconnaissance de la liberté générale d'association, sous toutes ses formes.

Si l'ouvrier a été longtemps dans une situation qui lui attirait toutes les sympathies et les attentions des philanthropes, il n'est pourtant pas le seul à travailler, il n'est donc pas le seul à avoir des intérêts professionnels à défendre. Il existe par ailleurs des professions « dans l'exercice desquelles l'intelligence a plus de part que la main » : ce sont les professions libérales; et ceux

(1) Art. 3 et Code du Travail, liv. III, art. 1er.
(2) Loi Le Chapelier, 17-18 juin 1791.

qui les exercent ont, comme tous les travailleurs, des intérêts à faire valoir.

II. — La question se pose de savoir par quel organe les professions, dites libérales, pourront à leur tour assurer au mieux la défense de leurs droits.

Il faut pour en juger jeter un regard sur les professions autres que la Médecine. Plusieurs d'entre elles sont organisées : les unes en Ordres, tel l'Ordre des Avocats, les autres en Compagnies, comme les Compagnies de Notaires, Avoués, Agents de change, Huissiers. Ordres et Compagnies sont des associations obligatoires qui détiennent le monopole de l'exercice de la profession et sont seules capables de représenter la corporation.

C'est ainsi que pour entrer dans la profession d'Avocat, le nouveau licencié en droit doit solliciter son admission au Barreau, là où il en existe un. Le conseil de l'Ordre est absolument libre de la lui accorder ou de la lui refuser. Là où il n'y a pas d'Ordre, c'est au Président du Tribunal civil, faisant office de bâtonnier, que doit s'adresser la demande. Et ci c'est un refus qui lui est opposé, le candidat n'a aucun droit à exercer la profession (3). On voudrait établir un tel monopole pour la profession médicale. Quand l'Ordre des Avocats, que la loi Le Chapelier avait supprimé avec les autres corporations, fut rétabli en 1810, les médecins réclamèrent un Ordre semblable; ils auraient probablement obtenu satisfaction sans la Révolution de 1848. Une proposition de loi fut encore déposée à cet effet par M. Xavier Vallat et votée par la Chambre le 9 déc. 1932 (3 *bis*). Dans

(3) Il peut toujours faire appel devant la Cour du ressort. Cf. *Les règles de la profession d'avocat* de F. Payen et G. Duveau, édit. 1936, p. 172 et 90.

(3 *bis*) D. parlem. Chambre 1932, p. 3503.

son article premier, cette proposition prévoyait l'inscription obligatoire de tous les médecins à un tableau de d'Ordre des Médecins, dressé dans chaque département et ajoutait à cet effet, à la loi du 30 novembre 1892, un titre VII intitulé « Ordre des Médecins ». La proposition est actuellement rentrée dans les dossiers des Commissions parlementaires. On verra plus loin (1) ce qu'il faut penser d'un Ordre des médecins.

III. — L'étude *historique de la défense de la profession médicale* présente un double intérêt : la Médecine ayant été la première des professions libérales à organiser sa défense, on voit en même temps l'histoire de la défense des professions libérales; d'autre part, cette histoire a été particulièrement mouvementée. Il conviendrait d'en diviser l'étude en deux parties :

A) — Avant les syndicats

La profession médicale est une des plus anciennes qui existent. L'art de soigner et de guérir fut dans les temps primitifs l'apanage des chefs, des rois, puis celui des prêtres, car la maladie était considérée comme une punition du ciel.

Au Moyen Age, les médecins sont groupés en une Corporation; pour y accéder, le postulant doit avoir écrit une thèse qui correspondait au chef-d'œuvre dans les professions manuelles. La corporation joue le rôle de défenseur de la profession, mais ce rôle est assez effacé, car la médecine ne s'enseigne par encore et les

(4) V. *infra*, p. 23.

« mires » (5) ne sont guère que des empiriques assez incertains dans leurs prescriptions.

Avec les grandes découvertes scientifiques et médicales, l'enseignement de la médecine s'est développé; au XVIII[e] siècle existent deux facultés rivales : Paris et Montpellier (6). Ces établissements ne bornent pas leur activité à instruire les étudiants. ils se constituent de plus juges des actes professionnels des médecins. Ils luttent également pour la préservation de leur monopole contre chirurgiens et barbiers qui font de la médecine à l'occasion (7). Du reste les facultés font montre d'une intransigeance extrême au point de vue scientifique et nuisent ainsi au progrès : les querelles dépourvues de courtoisie qui accueillirent la découverte de la circulation du sang par HARVEY, et où la Faculté manifesta une opposition exagérée, sont demeurées justement célèbres. Il existait bien une Société royale de Médecine, mais elle ne pouvait grouper efficacement que les médecins des grandes villes. surtout en un temps où les communications étaient pénibles.

La Révolution française, en venant dissoudre, comme toutes les autres, la Corporation des Médecins, et en supprimant les Facultés, ouvrit le champ aux faux médecins et « charlatans » de toutes espèces. En l'an XI, par la loi du 19 ventôse, Napoléon I[er] procéda à la réorganisation de l'Enseignement et rétablit les Facultés. Un embryon d'esprit corporatif naissait entre les étudiants par leur centralisation dans quelques grandes villes pendant leurs années d'études; mais l'Association demeurait interdite et. une fois les portes de la Faculté

(5) Médecins du Moyen Age.
(6) GORET, thèse droit, Paris, 1904, p. 3.
(7) PRUNIER, thèse médecine, Paris, 1904, p. 285.

refermées derrière eux, les jeunes praticiens s'ignoraient mutuellement et demeuraient isolés.

Pourtant peu de travaux ont, plus que la médecine, besoin de cet échange de vues, ce recours aux lumières d'un confrère pour collaborer à établir un diagnostic difficile, ou apprécier un nouveau traitement. Les médecins ne le comprenaient pas encore et, eussent-ils désiré cette collaboration, la loi était formelle pour interdire toute forme de groupement (8).

Mais voici que la vie économique commence à se modifier, le machinisme appelle les ouvriers dans les villes, les découvertes scientifiques, en concentrant la vie industrielle, déplacent les points d'agglomération humaine. Les médecins ressentent les répercussions de ces changements : la clientèle disparaît de certains lieux au profit des centres usiniers, les paiement deviennent irréguliers de la part d'ouvriers à salaire bas. Le besoin se fait sentir chez beaucoup d'entre les praticiens de se ménager des secours, des assurances. C'est à ce moment qu'intervient la création, par le doyen Orfila, de l'*Association des Médecins de Paris,* en 1833 (9).

Cette Association naquit sous l'aspect d'une simple caisse de secours aux médecins vieux, infirmes ou morts sans fortune, laissant une famille dans la misère. Un tel organe existait déjà en Angleterre depuis 1778. En 1851, l'*Association des Médecins de Paris* s'agrandit et devient l'*Association des Médecins de la Seine;* son

(8) Art. 291 du Code Pénal, abrogé par la loi du 1er juillet 1901 : « Nulle association de plus de vingt personnes, dont le but sera de se « réunir tous les jours ou à certains jours marqués pour s'occuper « d'objets religieux, littéraires, politiques ou autres, ne pourra se for- « mer qu'avec l'agrément du Gouvernement et sous les conditions qu'il « plaira à l'autorité publique d'imposer à la société. »

(9) Goret, *op. cit.*, p. 4.

rôle s'élargit : au programme primitif vinrent s'ajouter la poursuite des illégaux et le retrait du droit d'exercer aux étrangers indignes (10).

Enfin Rayer et Amédée Latour fondèrent en 1858 l'*Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France* », dont la formule était : Assistance, protection, moralisation. Cet organe eut la bonne fortune d'être approuvé par le Ministre de l'Intérieur le 31 août 1858 et se ramifia en sociétés départementales. Il ne subsista ainsi que par faveur, la liberté d'association n'existant pas encore, et, bien qu'ayant inscrit dans ses statuts la défense des intérêts moraux et matériels de la profession, il dut se confiner dans son œuvre de charité, son illégalité l'empêchait d'élever la voix contre les autorités.

A partir de cette date, les Médecins affiliés sont donc certains de recevoir des secours s'ils se trouvent dans la gêne. Mais ce n'est pas suffisant : les médecins de campagne ne se sont pas inscrits et nombreux sont ceux qui pensent établir avec leurs confrères une alliance plus active. C'est sous la même inspiration que les ouvriers réclament à cette époque le droit de coalition.

Ainsi les efforts s'orientent bientôt différemment. Poussés par l'exemple des premiers Syndicats ouvriers constitués dès 1873 (en marge de la légalité, il est vrai), les médecins trouvèrent leurs associations insuffisantes et réclamèrent eux aussi des *Syndicats*. Beaucoup furent choqués par l'alliance de ces mots : « Syndicats de Médecins », qui avait un air un peu révolutionnaire, fort déplacé en Médecine; et le public se voyait déjà exploité par une horde de médecins socialistes, brandissant leurs

(10) Cf. C. Goret, *op. cit.*, p. 12. Ces associations étaient illégales et n'existaient que par une tolérance du Gouvernement.

statuts en guise de drapeau rouge, à l'appui de leurs nombreuses exigences.

Le mouvement s'étendit rapidement et se fit de plus en plus pressant. L'étude comparée de l'Association et du Syndicat va sans doute mettre en lumière les raisons qui ont amené la création et le maintien des Syndicats, bien que les Associations aient continué de subsister.

A la base de ces deux institutions se trouvent des lois différentes : le *Syndicat* est réglementé par la loi du 21 mars 1884; l'*Association* par la loi du 1er juillet 1901 qui a abrogé les art. 291 à 294 du Code pénal.

L'Association est la « convention par laquelle deux ou plusieurs individus mettent en commun, d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices » (11). Elle se fonde par le dépôt de ses statuts quand ils ont été rédigés et que les dirigeants ont été désignés, avec l'indication de son titre, de son objet et des noms de ses administrateurs, qui doivent être Français, à la Préfecture du département et la publication d'une déclaration au Journal Officiel. Une Association qui n'a pas satisfait à ces obligations n'est pas nulle tant que son objet est licite, mais elle n'a aucune personnalité, c'est une Association non déclarée. Si l'Association veut obtenir le maximum de personnalité, elle doit solliciter la reconnaissance d'utilité publique; mais cette reconnaissance est un acte discrétionnaire, pris par Décret en forme de règlement d'administration publique, et peut toujours lui être refusée. Ce sont là des formalités bien plus compliquées que celles nécessaires à la création d'un syndicat.

(11) Art. 1er de la loi du 1er juillet 1901.

Pour le *Syndicat*, il suffit, en effet, du dépôt des statuts à la Mairie du siège social, à Paris, à la Préfecture de la Seine; ainsi un syndicat peut-il être rapidement créé et organisé suivant les besoins immédiats de l'actualité. Et si l'on a omis de procéder à ce dépôt, il ne semble pas que le syndicat soit nul, ses administrateurs sont seulement passibles d'une amende, ou bien il existe comme association non déclarée mais alors sa capacité est à peu près inexistante (12).

Par la nécessité de déclarer son objet, l'Association se trouve limitée à l'objet même qu'elle a déclaré. Le Syndicat est bien plus souple : son rôle étant légalement de défendre les intérêts de la profession qu'il représente, il est par là à même de faire toujours face à toutes difficultés qui peuvent gêner ses membres dans leur activité professionnelle et de défendre en justice les prérogatives de la profession, de quelque façon qu'on les attaque. Son action est donc bien plus extensible que celle de l'Association.

Au point de vue de la capacité d'acquérir, le Syndicat a une capacité illimitée, à titre onéreux comme à titre gratuit (13), au contraire l'Association reconnue d'utilité publique ne peut posséder que les biens indispensables à son fonctionnement et doit être spécialement autorisée pour accepter des dons et legs (art. 910 C. civ. et loi du 14 janvier 1933).

Il apparaît donc que le Syndicat est plus simple à constituer que l'Association, que sa capacité est plus grande et que son action professionnelle est plus sûre-

(12) Cf. art. 8 loi du 21 mars 1884.

(13) Sa capacité d'acquérir a été étendue par la loi du 12 mars 1920. Jusque là il n'avait qu'une capacité limitée. Mais les actes de commerce lui sont toujours interdits.

ment efficace. Pourtant on peut constater que l'Association a continué de subsister auprès du Syndicat. Comment justifier cet état de choses ?

C'est que ces deux organes ne font pas double emploi. Alors que le Syndicat est un organe de combat qui ne peut envisager que la défense des intérêts corporatifs, l'Association choisit librement son objet et peut ainsi étendre beaucoup plus ses visées, sans bien entendu outrepasser les limites légales (conformité aux lois et aux bonnes mœurs).

Les Associations de Médecins se sont orientés aujourd'hui, d'une façon générale, dans deux sens. Leur premier rôle est celui d'associations de prévoyance, fondée sur des principes de solidarité, telle l'*Association générale des Médecins de France*, qui est une véritable société de secours mutuels. Leur second rôle est celui de sociétés savantes, elles font paraître des revues, des journaux, où les membres peuvent relater les cas pathologiques les plus intéressants, les guérisons étonnantes, les thérapeutiques nouvelles qu'ils ont découvertes au cours de leurs travaux et qu'il peut être utile à leurs confrères de connaître pour les appliquer à leur tour.

B) — Les syndicats de médecins

L'Association de Secours Mutuels, œuvre de philanthropie et de charité, avait son origine chez les grands médecins et professeurs de Facultés des villes. Les Syndicats de Médecins, organe de défense des intérêts matériels et de lutte, seront l'œuvre des médecins de campagne, aux prises avec des difficultés quotidiennes. Isolés dans leurs localités respectives, ils prennent l'habi-

tude de se rencontrer pour échanger des vues, pour le plaisir de se trouver en compagnie de gens de même culture, et c'est dans ces différents foyers que naît simultanément l'idée de se syndiquer.

Le « *Concours Médical* ». — En 1879 paraît un journal hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, publié par le docteur Cezilly, sous le titre de *Concours Médical*. Dès les premiers numéros, le *Concours Médical* procède à l'étude des sociétés existantes en France et en Angleterre, les compare, met en relief les lacunes qu'elles présentent et cherche la façon de les combler. Le 8 mai 1880, le Docteur Cauchy fait paraître un article intitulé: « Des Syndicats de Médecins »; c'est la première fois que sont officiellement assemblés ces deux mots dont le rapprochement déclancha des critiques véhémentes; mais l'idée était lancée (13 *bis*).

Aussitôt la lutte s'engage. Chaque semaine la chronique professionnelle consacre quelques lignes à cette matière. Des médecins de toutes les régions envoient leur avis; le Dr Margueritte, du Havre, approfondit la question et étudie toutes les suggestions qu'on lui soumet. Mais les événements le dépassent déjà, puisque dès février 1881 le premier syndicat est signalé. C'est dans une modeste ville de 25.000 habitants, Montaigu, en Vendée, que le Dr Mignen a réuni quelques confrères pour collaborer avec lui à la défense de leurs intérêts communs. Cet exemple est rapidement suivi et le *Concours Médical* annonce successivement : le 6 juin 1881, la création d'un syndicat à Agen; le 26 juin, la formation en Indre-et-Loire d'une commission pour faire un rapport sur l'utilité d'un syndicat.

(13 *bis*) *Presse Médicale*, 8 février 1936, p. 244.

Les syndicats médicaux apparaissent ainsi en différents points du territoire et forment un réseau de plus en plus serré. Les premiers se constituent surtout à la campagne où les praticiens isolés cherchent un moyen de se rapprocher de leurs collègues voisins. On peut citer les premiers syndicats : Villefranche-de-Longchant (Dordogne), le Finistère, Pont-d'Ain (Ain), Lamotte-Landerron (Gironde).

Un discours du Dr Meynié publié dans le *Journal des Médecins de Bordeaux* (14) évoque ces débuts épiques : « 1881 était en quelque sorte une époque de féodalité en « ce qui concerne l'existence professionnelle du Méde- « cin, surtout du médecin rural. Ce dernier, vassal des « autorités locales, vassal du représentant régional du « Gouvernement, vassal des sociétés de Secours mu- « tuels, vassal aussi en Médoc des grands châteaux, des « grands vignobles, ne trouvait pas dans sa clientèle « campagnarde peu fortunée, peu instruite, non com- « merçante, serve elle-même de la terre, les ressources « qui lui auraient permis de faire face aux obligations « imposées à son esprit de dévouement et de supporter « aussi la fatigue physique du métier, fatigue telle alors « que nous ne la connaissons pas aujourd'hui.

« Les honoraires, extrêmement bas, étaient mal ré- « glés ou bien se soldaient souvent en nature; la concur- « rence des charlatans, des sorciers, des rebouteux de « tous crins, florissait, trouvant son aliment dans les « superstitions de ce peuple campagnard inculte...

« Nous comprenons bien, dès lors, comment dans « cette ambiance l'appel à l'union, de Cezilly, dans le « *Concours Médical* a fait naître immédiatement un peu

(14) 29 février 1932, p. 167.

« partout en France, les initiatives voulues, comment « la graine lancée a tout de suite trouvé un terrain pro- « pice à son développement. »

En 1884 quand intervient la loi qui apporte aux syndicats la sanction de la légalité, les Syndicats de Médecins sont déjà florissants; ils atteignent le nombre de 74 (15). Ils songent alors à se réunir au moyen d'un organe central qui aurait à s'occuper de toutes les questions générales professionnelles qui lui seraient soumises par les bureaux des syndicats locaux. Des délégués, réunis au Havre le 29 juillet 1884 votent les statuts de l'« Union des Syndicats médicaux de France » et ces statuts seront appliqués jusqu'à leur revision en 1913 (16).

L'arrêt de Domfront. — Les syndicats médicaux se trouvent ainsi fortement organisés. Pourtant, c'est à ce moment, quand leur situation paraît le mieux assurée, où il semble qu'ils n'aient plus qu'à avancer, que tout est remis en question par la Jurisprudence. Voici dans quelles circonstances :

A l'occasion de la poursuite d'un « rebouteux » par le Ministère public, devant le Tribunal correctionnel de Domfront, les médecins de la ville s'étaient constitués en syndicat, pour se porter partie civile au procès. Le Tribunal et, sur appel la Cour de Caen, par son arrêt du 4 février 1885, déclarèrent que l'intervention n'était pas recevable. Le président du syndicat se pourvut en Cassation et vit sa prétention également repoussée (17).

L'arrêt de la Cour Suprême exprimait que le syndicat professionnel est autorisé par la loi dans le but de

(15) *Presse Médicale,* 8 février 1936, *Le nouvel hôtel de la Confédération.*

(16) *Id.*

(17) Crim. 27 juin 1885 (D. P. 1886-1-137 et S. 1887-1-281).

protéger les « intérêts commerciaux, industriels ou agricoles des patrons et ouvriers » et ne peut en aucun cas être adopté par les médecins qui n'ont pas ces intérêts à défendre, ni cette position de patron ou de salarié.

Ce fut une consternation générale dans le monde médical. Ainsi tant d'efforts se trouvaient anéantis, puisque les syndicats perdaient toute possibilité de défendre leurs membres contre qui que ce fût. Les articles de protestations, parfois véhémentes, se succédaient dans le *Concours Médical* : « Il se peut que ce qui est juste ne « soit pas légal aujourd'hui, mais cela ne peut cesser « d'être juste et doit devenir légal; car la justice de- « meure et la légalité change » (18). Cette émotion eut son écho au Parlement où deux propositions de loi furent déposées, l'une par M. Léveillé le 8 juillet 1890, l'autre par M. Colfarru (J. O. 86, p. 133). Les essais n'aboutirent pas; mais tous ces mouvements préparèrent le terrain et, quand on entreprit la rédaction d'une loi générale sur l'exercice de la médecine, la querelle revint à l'ordre du jour.

Les Syndicats continuaient cependant à vivre d'une vie latente, soutenus par le *Concours Médical*. Dès 1886 du reste, le Tribunal du Havre admettait qu'un Syndicat peut plaider en garantie, quand aucune des parties en cause ne s'y est opposée (19). Mais les Syndicats réclamaient une loi qui ne puisse plus prêter à équivoque, ils allaient bientôt obtenir satisfaction.

La loi du 30 novembre 1892. — La Médecine aura été la première profession libérale à obtenir la liberté syndicale, à l'occasion de la rédaction de la loi générale

(18) *Concours Médical*, 1884.
(19) *Id.*, 1886, p. 930.

sur l'exercice de la Médecine, appelée *Loi Le Chevandier*. Ce ne fut du reste pas sans peine et la proposition fut bien près de passer sans qu'il y fût question de Syndicats. Enfin, après avoir repoussé l'article 13 qui consacrait ce droit, le Sénat l'adopta à mains levées, en seconde lecture. Voici le texte de l'article 13 :

« A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, *jouiront du droit de se constituer en associations syndicales*, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes » (20).

La partie était gagnée. Mais les vaillants pionniers du syndicalisme médical n'avaient pas terminé leur rôle : beaucoup d'aménagements demeuraient nécessaires et des difficultés continuèrent à se présenter.

Un procès demeuré célèbre chez les syndicalistes, mais qui ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt historique, le *procès de Bourgoin*, vit les médecins poursuivre en justice un de leurs co-syndiqués qui avait traité à prix faible avec les Compagnies d'assurances alors que le Syndicat était en pourparlers pour imposer aux Compagnies des tarifs plus élevés. Le membre contrevenant fut condamné à des dommages-intérêts envers le Syndicat (Grenoble, 6 mai 1902, D. P. 1903-2-3). C'était la première fois que les praticiens attaquaient un de leurs confrères.

Par ailleurs on peut constater que les syndicats ont suivi le mouvement du progrès scientifique et s'y sont adaptés. C'est ainsi que se sont fondés des syndicats de spécialistes : électro-radiologistes, oculistes, chirurgiens,

(20) *J. O.*, 1er décembre 1892.

hygiénistes. « La communauté de profession crée entre ceux qui l'exercent une dépendance réciproque, une solidarité réelle et positive », écrivait M. Paul-Boncour (21). Les médecins ont compris et largement appliqué cette formule.

Mais l'unité du syndicalisme médical dut subir quelques vicissitudes. En 1913, une querelle s'éleva quant aux moyens d'action à utiliser dans les rapports avec les Pouvoirs publics: les uns étaient partisans de moyens diplomatiques, les autres préféraient la lutte directe. Une scission s'ensuivit et l'Union rendit les Syndicats autonomes. Ce n'est qu'en 1928 que les médecins comprirent qu'une action commune devenait indispensable pour lutter contre les emprises des Pouvoirs publics (22): le 6 décembre 1928, l'Union fut rétablie et consacrée sous le nom de « *Confédération des Syndicats médicaux français* » et sa cohésion ne s'est pas démentie depuis (23). En 1938, la Confédération groupait 19.000 syndiqués pour 175 syndicats (24).

IV. — Les efforts des médecins s'orientent aujourd'hui vers la création d'un *Ordre* (25). L'Ordre convient-il à la profession médicale ? Y a-t-il un intérêt à avoir actuellement un Ordre des Médecins ?

La nécessité d'une *admission formelle* du Médecin à un Tableau de l'Ordre, pour l'autoriser à exercer, paraît bien incompatible avec les caractères spécifiques de la

(21) Paul-Boncour, thèse droit Paris, 1900, *Les rapports de l'individu et les groupements professionnels*, p. 8.

(22) Il s'agissait alors de l'élaboration de la loi des assurances sociales (voir *infra*, p. 87).

(23) *Presse Médicale*, 8 février 1936, *Le nouvel hôtel de la Confédération.*

(24) Chiffres publiés dans le *Médecin de France*, 1938.

(25) V. *supra*, p. 2.

Médecine. Quand un licencié en droit se voit fermer formellement les portes du prétoire, il conserve la faculté de s'orienter dans toutes espèces de directions différentes. Les carrières administratives lui sont ouvertes, de même que les postes de conseillers juridiques dans diverses entreprises commerciales ou industrielles. Au contraire, le jeune homme qui vient de consacrer un minimum de sept années aux études médicales n'est préparé qu'à être médecin, et à cela seulement. Et si l'on vient lui refuser le droit d'exercer l'unique métier auquel il soit apte, c'est lui couper les bras, c'est peut-être l'inciter à professer clandestinement et causer ainsi un grave préjudice à la moralité publique; c'est aussi laisser subsister dans l'esprit de l'Etudiant en médecine un doute bien décourageant : la crainte de se voir un jour refuser l'autorisation d'employer ses connaissances pour gagner sa vie. Le refus d'admission pourrait, du reste, être causé par toute raison, même sans rapport avec la capacité professionnelle (politique par exemple); on peut être ainsi privé des services d'un excellent Médecin.

Un autre reproche peut s'élever contre l'Ordre, celui d'être une organisation *trop uniforme*, la même partout, qui ne tient aucun compte du régionalisme, pourtant si vivace en France. Pour l'organisation des Avocats, cette uniformité n'a pas grande importance : les Avocats sont groupés autour d'un Tribunal, organisé toujours de la même façon, dans une ville qui ne diffère guère des autres que par son étendue. Les médecins sont au contraire dispersés sur tout le territoire, ils résident dans les villages les plus arriérés, comme dans les plus grandes agglomérations. Les médecins de campagne, plus que tous autres, sont en contact avec l'esprit local.

Il faudrait que l'organe de représentation et de défense professionnelle des médecins soit assez souple pour tenir compte de cet individualisme des provinces. Un Ordre, calqué sur celui des Avocats, ne saurait satisfaire à cette nécessité, étant trop rigide.

Mais le rôle le plus important que ses partisans entendent faire jouer à l'Ordre des Médecins, et c'est l'aspect sous lequel on envisage le plus souvent cette question, c'est son *rôle disciplinaire*. L'art. 41 de la proposition Vallat (al. 1 et 2) est ainsi rédigé: « Le Conseil de « l'Ordre veille au maintien chez tous les membres de « l'Ordre des principes de probité et de dévouement, « ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels.

« Il s'occupe des questions intéressant l'exercice de « la profession des Médecins, notamment en ce qui con- « cerne la défense de l'honneur, de l'indépendance et « des prérogatives de l'Ordre » (26).

Ainsi ce rôle disciplinaire, accessoire pour le Syndicat, est un rôle primordial pour l'Ordre. Est-il bien certain que le Conseil de l'Ordre, dans son action juridictionnelle, donnerait de meilleurs résultats que n'en donne aujourd'hui le « Conseil de Famille », juridiction syndicale ? On ne peut aller jusqu'à dire avec M. Prunier : « Nous n'en voulons comme exemple que ce qui se passe au Palais de Justice, où, nonobstant le Conseil de discipline et ses rigueurs, les règles du Barreau sont sans cesse méconnues, où le racolage se pratique journellement, où les combinaisons aussi douteuses que la Dichotomie sont toujours florissantes » (27). Ce serait méconnaître la très grande intégrité de la majorité

(26) Déb. parlement. Chambre, 1932, n° 17500, 2, p. 3503.

(27) Prunier, thèse, Paris, 1904, *Condition juridique des Médecins*, p. 382.

des Avocats. Mais il faut avouer que ce n'est pas l'existence de Chambres de discipline, pas plus que celle d'une Cour d'assises, qui peut entraver toutes les irrégularités ni les arrangements louches.

Puisque les Syndicats possèdent les « Conseils de Famille », pourquoi demander des Chambres de discipline d'un Conseil de l'Ordre, si le résultat ne doit pas en être meilleur ? On répondra que l'Ordre et sa juridiction sont *obligatoires* pour tous les membres de la profession (28) alors que le conseil de famille syndical demeure facultatif. Mais rien n'empêche de rendre le Conseil de Famille obligatoire ! (29).

Du reste l'Ordre ne rend pas tous les services que rend le Syndicat. Il ne joue pas le rôle de défenseur de la profession, qui est essentiel au Syndicat, ou ne le joue qu'accessoirement. Et c'est si vrai que les Avocats, constitués en Ordre, ont obtenu en 1920 le droit de s'unir en Syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels. Il semble bien que ce soit là la meilleure preuve de l'insuffisance de l'Ordre à jouer tous les rôles.

Ne pourrait-on en conclure que l'Ordre et le Syndicat sont également utiles aux professions libérales ? Par sa généralité, l'Ordre permet de représenter réellement dans la nation la Corporation entière, puisqu'il est, dit-on « la Corporation des professions libérales » (30). Mais pour la défense professionnelle, il semble bien que le Syndicat sera toujours le plus écouté et aura plus de liberté d'allure.

(28) Cf. art. 31, D. 20 juin 1920, qui exprime que le Conseil de l'Ordre des Avocats poursuit et réprime d'office et sur plainte les infractions et fautes commises par les avocats.

(29) V. *infra*, Conseil de Famille, p. 32.

(30) *Progrès Médical*, 6 nov. 1937, p. 1587, H. Grenet.

En raison du grand danger qu'il y a à écarter de l'Ordre un jeune médecin, il semble que si un Ordre des Médecins doit être un jour créé, il faudra décider que tous soient admis d'office au Tableau. La sélection aura été faite aux examens et pendant les études, où la moralité et la capacité des étudiants peuvent être efficacement appréciées par leurs professeurs. Mais si la Faculté leur a délivré leur diplôme, le Conseil de l'Ordre devra les inscrire. Enfin il faudrait sans doute que ce futur Ordre des Médecins ait une organisation moins rigide que celle du projet Vallat et que l'on y tienne compte des différences de conditions de vie et d'exercice que les médecins rencontrent suivant les contrées et les agglomérations où ils sont installés, en laissant à chaque Conseil une certaine latitude dans son organisation.

Même si par la création d'un Ordre des Médecins on devait enlever au syndicat ses attributions disciplinaires, son rôle demeurerait important dans la défense professionnelle. Quoi qu'il en soit, il semble bien que le projet de création d'un Ordre des Médecins soit aujourd'hui en sommeil au Parlement, alors que les Syndicats médicaux sont en plein épanouissement.

Il faut aborder maintenant l'étude des Syndicats médicaux en eux-mêmes et du rôle qu'ils sont appelés à jouer. Le rôle de tout syndicat est double.

1° C'est un organe de *défense* de la profession dans ses intérêts matériels et moraux.

2° C'est un organe de *progrès social* qui collabore aux efforts entrepris pour réaliser l'amélioration du sort de tous.

Ce double aspect de l'activité des syndicats médicaux est reconnu par la Cour Suprême : « Le Syndicat a pour but de sauvegarder les intérêts professionnels de ses

membres et de collaborer au bon fonctionnement des lois sociales, en ce qui concerne les soins médicaux » (31)

En conséquence, cette étude sera divisée en trois chapitres :

Chapitre I. *Organisation des Syndicats de Médecins.*

Chapitre II. *La défense professionnelle dans les Syndicats de Médecins.*

Chapitre III. *L'application des lois sociales et les Syndicats de Médecins.*

(31) Cass. Ch. civ., 4 avril 1933 (*Gaz. Pal.*, 1933-2-81).

CHAPITRE PREMIER

ORGANISATION DES SYNDICATS DE MÉDECINS

COMMENT SE CONSTITUE UN SYNDICAT DE MÉDECINS ?

COMMENT FONCTIONNE-T-IL ?

Section I

CONSTITUTION

Les textes sur lesquels se fonde la constitution des Syndicats de Médecins sont l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 et la loi du 21 mars 1884, modifiée par celle du 12 mars 1920. La loi de 1892 est assez succincte sur cette question, puisqu'elle n'y consacre qu'un article; elle renvoie purement et simplement pour la pratique à la loi du 21 mars 1884 qui régit les Syndicats en général.

Il n'y a donc rien de spécial à signaler quant à la constitution des Syndicats médicaux. Les statuts, rédigés par les fondateurs, doivent, après leur adoption en assemblée générale et la nomination des organes de direction, être déposés à la Mairie en province, à la Préfecture de la Seine, à Paris, en double exemplaire. Un exemplaire demeure au lieu du dépôt, l'autre est remis au Ministère

public qui vérifie la régularité. Ce dépôt est renouvelable à chaque changement de directeurs. Les administrateurs et directeurs doivent être Français et jouir de leurs droits civils. Là non plus il n'y a rien de particulier (art. 4).

Toutefois l'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892 statue par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle et, par suite, doit être interprêté suivant la lettre même de son texte. En conséquence, les personnes visées par l'article ne peuvent se syndiquer qu'avec des personnes exerçant la même profession et non avec celles exerçant des métiers « similaires ou connexes », comme le prévoit l'art. 2 de la loi du 21 mars 1884 pour les Syndicats ordinaires. En particulier les Médecins ne peuvent se syndiquer avec les Pharmaciens. Ainsi en a décidé la Cour de Cassation (1).

Le droit de se syndiquer n'appartient pas aux médecins militaires ni à ceux de la marine. Leur organisation en syndicat modifierait d'une façon illégale, comme pour tout fonctionnaire, leurs rapports avec l'autorité dont ils dépendent.

Section II

FONCTIONNEMENT

Les Syndicats de Médecins, tels que la pratique les a réalisés, présentent la même formation que tout syndicat ordinaire. Ils comprennent une *Assemblée générale*, qui réunit périodiquement tous les membres pour prendre les décisions de principe et nommer les administrateurs délégués et un *Conseil d'administration*, qui

(1) Cass. Crim., 28 février 1902, D. P. 1902-1-203.

assure la vie quotidienne et l'expédition des affaires courantes.

Dans un article paru au n° 13 du *Concours Médical*, (année 1880), le Dr Cauchy avait donné des Syndicats Médicaux une définition telle qu'elle envisageait déjà tous les aspects de l'activité syndicale à venir : « J'entends par syndicat médical, une Commission de médecins nommés par leurs confrères, afin d'instruire et d'étudier toutes les questions professionnelles qui peuvent se présenter dans le ressort du Syndicat; correspondre surtout avec l'Administration supérieure dans les rapports que les médecins peuvent avoir avec elle, aplanir les difficultés qui peuvent survenir entre les médecins et les administrations locales (municipales, bureaux de bienfaisance, hospices, sociétés de secours mutuels); en un mot régler les conditions de fonctionnement de la médecine privée et publique. D'un autre côté le syndicat médical pourra être consulté par l'administration supérieure lorsque celle-ci a besoin de se renseigner sur des faits qui sont du domaine et de la compétence spéciale et immédiate de la science médicale. Au besoin, ce syndicat pourrait être pris pour juge et arbitre par les médecins entre eux sans être pour cela une Chambre de discipline ».

Le Conseil d'administration est donc en quelque sorte le correspondant des syndiqués, organe de liaison qui assure les relations des médecins membres entre eux et avec l'Administration, ainsi que le conseiller technique médical des Pouvoirs publics. Mais ce que le Dr Cauchy n'avait qu'entrevu dans sa dernière phrase et qui a été réalisé depuis, c'est la création de Chambres de disciplines auxquelles on a donné le nom caractéristique de « Conseil de Famille » et qu'il conviendrait d'étudier

plus spécialement. Il faudrait enfin voir les aménagements spéciaux que les syndicats et l'Union (transformée en Confédération), ont successivement réalisés.

A) Le conseil de famille

C'est le syndicat médical de Versailles qui, le premier, vota en 1901 des statuts créant un Conseil de Famille et des sanctions disciplinaires. Très critiqué au début, cet organe fut progressivement imité par de nombreux syndicats médicaux et les statuts du syndicat de Versailles demeurent aujourd'hui les statuts-types des chambres de discipline syndicale. « Les ouvriers sont jugés par leurs prud'hommes, les commerçants par des commerçants, les marins par des marins, l'Etat par le Conseil d'Etat. Les tribunaux d'exception sont nés de la nécessité de faire juger les questions par des hommes possédant des connaissances spéciales » (2).

Un tribunal de médecins pour juger des médecins se justifie ainsi de lui-même, comme tous les tribunaux professionnels. Seule la façon d'organiser ces tribunaux demeure encore discutée. Il semble toutefois que la question ait été épuisée par le Dr Paul Boudin en 1919 (3), qui, après une étude complète et approfondie des différentes formes que l'on pourrait donner à ces tribunaux: experts médecins, jurys médicaux, conseils de prud'hommes, conseil de l'Ordre, arrive à admettre les Conseils de Famille des Syndicats.

Chaque syndicat médical peut avoir un Conseil de Famille, mais la Confédération des Syndicats Médicaux

(2) Dr Sicard, thèse médecine, Montpellier, 1910, p. 46, *Responsabilité et discipline médicales.*

(3) Dr P. Boudin, thèse droit, Paris, 1919, p. 52 ss., *Syndicalisme médical.*

Français recommande, pour éviter la multiplicité des voies de recours, que soit établi entre les syndicats un seul Conseil de Famille par département. C'est du reste pour cette raison qu'on considère que la meilleure formule syndicale est le *Syndicat départemental*. « Le seul Conseil de Famille acceptable à la base est le *Conseil départemental*. Ses décisions pourront être frappées d'appel devant un Conseil régional ou devant le Conseil national, suivant la nature de l'affaire; mais un seul appel sera possible » (4). Le *Conseil national* qui siège auprès de la Confédération a tenu sa première séance le 27 juin 1931 (5). Le *Médecin de France* a publié en 1938 (p. 38), les statuts-types et le règlement intérieur du Conseil de Famille départemental.

Devant ces juridictions la *procédure* est simple, les convocations se font par lettre recommandée; les parties et les témoins comparaissent personnellement, les garanties de la défense sont respectées (6).

Quelle est la *compétence* du Conseil de Famille ? Il semblerait que les Tribunaux de droit commun doivent être compétents pour sanctionner toutes les fautes commises par les médecins : les Tribunaux civils sur la base des art. 1382 et suiv. du Code civil (responsabilité du fait de l'homme, des choses et des personnes dont on répond); les tribunaux correctionnels sur celle des art. 319 et 320 du Code pénal (homicide et blessures involontaires). Les juges, dit-on pourtant, ignorent la médecine et ne peuvent apprécier à sa valeur exacte la faute

(4) *Presse Médicale*, 31 décembre 1938. A. G. du 16 décembre 1938.

(5) *Médecin de France*, p. 1931, p. 486.

(6) Dr P. Boudin, *op. cit.*, p. 49. Cf. C. Cass. Civ., 17 déc. 1900, S. 1-1-181.

professionnelle d'un médecin. Mais on peut répondre que les médecins experts, commis par les tribunaux, sont justement là pour éclairer les magistrats sur les questions techniques qu'ils ignorent.

Le rôle du Conseil de Famille est plus délicat, plus nuancé. Si large que soit la loi, elle ne peut tout prévoir. Il existe des procédés d'indélicatesse, qui ne sont pas à proprement parler des fautes, ce sont des maladresses inexcusables qui n'ont pas eu des conséquences assez graves pour mettre en mouvement l'appareil judiciaire, mais qui n'en demandent pas moins une sanction; ou bien les intérêts matériels n'ont pas été lésés, il n'y a pas eu de plainte, mais il y a eu une faute qu'il faut réprimer. Le Conseil de Famille, composé de praticiens, est à même d'apprécier l'existence de ces actes répréhensibles dont la pratique impunie risquerait de jeter le discrédit sur le corps médical. Il est de l'intérêt de la profession entière que ces procédés soient sanctionnés, c'est le Conseil de Famille qui s'en chargera. Parfois aussi, les praticiens trouveront là un moyen d'arrêter, sans publicité fâcheuse pour la profession, les habitudes critiquables d'un confrère peu scrupuleux.

On donne le nom de « *Déontologie médicale* » à l'ensemble de ces règles qui gouvernent la moralité professionnelle. De nombreux essais de codification de cette branche du Droit ont été tentés et le *Concours Médical* avait pensé dès 1887 à la rédiger. En 1904, un avant-projet, dû à quatre médecins, avait été déposé (7); mais cette œuvre s'avère difficile. Il existe différentes matières sur lesquelles l'accord est fait; mais les aspects que peut prendre, dans la vie courante, la faute pro-

(7) Dr P. Boudin, *op. cit.*, p. 59.

fessionnelle sont multiples. D'aucuns se rangent à l'avis de M. G. Duhamel, qui publiait dans le *Mercure de France* du 16 janvier 1936 un article où on trouve cette phrase : « J'estime toutefois que l'esprit d'association dans les Sciences, les Lettres et les Arts, doit laisser une liberté totale aux individus et limiter son efficacité aux problèmes d'intérêts séculiers, à la Déontologie professionnelle, à la défense de quelques grandes idées générales, dont la mise en commun ne saurait faire querelle. Cela dit, que l'individu garde son allure, son pas, ses réactions inimitables, enfin sa souveraineté ». C'est en quelque sorte laisser la « libertas bene agendi » de Cicéron.

La rédaction d'un Code de Déontologie ne saurait donc être que partielle et devrait se borner à énoncer surtout des principes généraux. Pour la solution pratique des difficultés, il faut se fier à l'appréciation personnelle des médecins juges. C'est dans cet esprit qu'a été rédigé le *Code de la Confédération des Syndicats médicaux français*. « Le Code de Déontologie est l'ensemble des règles tant positives que négatives dont l'observation s'impose à tous les médecins, dans l'intérêt moral de la profession. Le Code doit être un énoncé de principes, de règles générales et non une énumération de faits ordonnés ou interdits. » (8).

Du reste la Confédération a l'espoir que son Code deviendra la loi écrite de l'Ordre des Médecins, c'est pourquoi elle a témoigné une telle prudence de rédaction. Le Code a été publié dans le n° 19 du *Médecin de France* de l'année 1936 (p. 946). Chez les Avocats il n'existe pas de vrai code de Déontologie, mais une série

(8) *Médecin de France*, 1933, p. 439.

de règles posées par une tradition plusieurs fois séculaire. MM. Payen et Duveau citent dans leur ouvrage sur le Barreau de Paris, quelques exemples des fautes professionnelles des Avocats que sanctionne le Conseil de l'Ordre : abandon inexcusable de la défense au cours des débats, recours à la publicité et à la recherche de clientèle (9).

De ce point de vue, le Syndicat apparait donc dans un rôle d'organe moralisateur de la profession médicale. Il serait nettement désirable que le jeune médecin, ou déjà l'étudiant en médecine, soit mieux instruit des droits et devoirs de sa profession. Un véritable *cours de Déontologie* devrait être fait pendant les études, sinon au début; ce serait à coup sûr bien plus efficace que les quelques leçons données trop rapidement en fin de scolarité aux étudiants pressés par leurs derniers examens. La mentalité des débutants ne saurait qu'y gagner. Ce serait une manière de rajeunir l'antique Serment d'Hippocrate que les Facultés faisaient prêter naguère au jeune Docteur, avant de le laisser se lancer dans la vie médicale, et dont il demeure un vestige à la Faculté de Montpellier et aux Etats-Unis.

Quelles sont les *sanctions* appliquées par le Conseil de Famille ? Elles vont de l'avertissement simple à l'exclusion, en passant par le blâme. Ces sanctions sont les mêmes que celles que peut prononcer le Conseil de l'Ordre des Avocats. Mais tandis que l'exclusion temporaire et la radiation d'un Avocat l'empêchent d'exercer son métier (sauf s'il est admis par un autre Barreau, auquel cas il ne peut du reste plaider que devant le

(9) Payen et Duveau, *Les règles de la profession d'Avocat*, p. 152. V. *infra* quelques-unes des fautes que sanctionne chez les médecins le Conseil de Famille (p. 45).

Tribunal du ressort), pour un médecin l'exclusion et la radiation chassent le praticien du Syndicat, mais non de la profession; il n'en demeure pas moins médecin et libre d'exercer. Seuls les tribunaux de droit commun pourraient prononcer sa suspension. Il est évident qu'un Ordre des Médecins ou un Syndicat obligatoire seraient bien plus efficace à ce point de vue; c'est la grande lacune de l'organisation actuelle des Syndicats.

En plus de cette absence de sanction rigoureuse, on a élevé contre l'organisation des Conseils de Famille quantité d'*objections*. Une des principales est que les juges risquent de n'être pas impartiaux. Les jeunes, les faibles seront brimés par les médecins « arrivés ». Mais en réalité, les juges savent que la condamnation d'un membre du syndicat, bien que non publiée, est toujours plus ou moins connue du public et qu'en pratique, elle rejaillira toujours un peu sur toute la corporation. Il sera donc essentiel pour le Conseil de Famille de juger en équité et avec prudence, le juge d'aujourd'hui pouvant du reste fort bien être demain le prévenu (10). On formule encore le reproche d'opposer aux tiers un esprit de corps. Mais cette objection atteint également les Chambres disciplinaires d'avocats, de notaires et même les conseils de prud'hommes. Condamner les Conseils de Famille pour cette raison, reviendrait à condamner tous les tribunaux professionnels. Il suffirait de se reporter aux décisions du Conseil de Famille médical pour se rendre compte qu'ils n'hésitent pas à donner raison aux tiers contre leurs membres qui ont contrevenu aux règles du Code de Déontologie.

(10) *Remarque :* Le Conseil de l'Ordre des Avocats ne publie pas ses décisions, même envers le plaignant, sauf si le condamné l'exige (Payen et Duveaux, *op. cit.*, p. 104).

Si l'on écarte ces critiques qui ne s'adressent pas spécifiquement à la juridiction médicale, on peut apprécier les *avantages* que présente le Conseil de Famille. La société est assurée, d'une façon générale, par l'existence même de cette juridiction, de trouver chez les médecins un niveau honorable de loyauté; se sentant surveillé par ses pairs et concurrents, et connaissant les facilités de poursuite, le praticien se tient sur ses gardes. Par contre-coup le malade a en son médecin une plus grande confiance. La rigueur de la sanction maxima, la radiation, est encore une garantie pour la santé et la sécurité publiques. Il n'y a pas de raison de déplorer qu'un médecin indigne soit radié du Syndicat; il faut au contraire se féliciter qu'une juridiction puisse assurer la répression d'actes blâmables qu'une enquête réalisée par des profanes n'aurait su mettre en lumière.

Le praticien condamné a du reste *recours* devant le tribunal de droit commun qui peut ordonner sa réintégration (cf. Trib. Le Havre, 3 janvier 1938. *Paris-Médical* 19 nov. 1938, p. 381). Ceci met en lumière la différence fondamentale qui existe entre le Conseil de Famille syndical et le Conseil de l'Ordre des Avocats; ce dernier est investi d'une autorité publique (11) il n'y a de recours contre ses décisions qu'en Cour d'Appel et en Cour de Cassation.

Pourtant, de cette juridiction privée et sans autre autorité que celle que les adhérents du syndicat ont bien voulu lui reconnaître, le progrès est arrivé à faire une juridiction quasi-officielle dans le fonctionnement des lois sociales (12). Une lacune demeure sans doute dans

(11) Cass. Civ., 29 juillet 1867, S. 67-1-281.
(12) V. *infra*, chap. III, p. 106 et 138.

l'absence de sanctions plus réelles, capables d'atteindre le médecin dans l'exercice de sa profession, ou même dans ses intérêts matériels (dommages intérêts).

Ce qu'il faudrait évidemment, pour que le rôle du Conseil de Famille soit pleinement rempli, c'est que le *Syndicat* devienne *obligatoire* pour les médecins ou, tout au moins, comme le suggère M. P. Boudin (13) que l'*arbitrage* du Conseil de Famille soit *obligatoire* même pour les non-adhérents. Etant justiciable, chaque praticien souhaiterait de devenir juge, on s'acheminerait ainsi vers le syndicat obligatoire. C'est du reste dans le même esprit que le législateur moderne décide que les contrats collectifs signés par les syndicats sont obligatoires pour tous les membres bien qu'ils ne les aient pas signés personnellement. Donner compétence générale au Conseil de Famille serait donc en complet accord avec les principes qui régissent les lois modernes.

B) La confédération des syndicats médicaux français

Après la scission de 1913, l'unité syndicale fut rétablie, en 1928, en une *Confédération des Syndicats médicaux français* (14). L'art. 1 des statuts de la Confédération contient l'énoncé du but que poursuit cet organe central :

« La Confédération des Syndicats médicaux a pour but :

a) d'être la gardienne suprême des traditions de haute probité du corps médical;

(13) *Op. cit.*
(14) V. *supra*, p. 23.

b) d'établir entre les syndicats adhérents un lien pour l'étude des questions professionnelles d'ordre général;

c) de coordonner l'action des syndicats en vue de l'organisation de la défense professionnelle;

d) d'aider les syndicats à propager les idées syndicalistes parmi les médecins;

e) d'être l'intermédiaire entre les Pouvoirs publics et les collectivités nationales et le Corps médical organisé pris dans son ensemble;

f) pour tout ce qui regarde les questions d'ordre national, d'être, à l'exclusion de tout autre, l'organisme parlant et agissant au nom du Corps médical français (15).

C'est donc un organe central chargé d'assurer la probité, l'unité de la corporation médicale syndiquée et la coordination des actions des différents syndicats, et de représenter le syndicalisme médical auprès des Pouvoirs publics.

Tout syndicat n'est pas inscrit d'office à la Confédération. Il doit solliciter son admission en adressant au Secrétaire général :

a) un exemplaire de ses statuts.

b) la liste de ses membres.

c) une délibération régulière de son Assemblée générale, déclarant adhérer à la Confédération et accepter ses statuts et règlements. Il doit en outre être accepté par le Conseil de la Confédération, sauf recours devant l'Assemblée générale; verser entre les mains du trésorier la cotisation annellle. Un syndicat ne peut se retirer de la Confédération qu'après délibération de son Assem-

(15) Cf. *Médecin de France*, 1929, p. 77.

blée générale, le bureau de la Confédération ayant été préalablement prévenu.

Il peut être *radié* de la Confédération par le Conseil, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale, mais seulement après explications entendues. Dans ce dernier cas, pour être valable, le vote devra réunir une majorité des trois quarts des suffrages exprimés, quel que soit le nombre des présents (16).

C) Aménagements divers

Les Syndicats ne sont plus une institution neuve. Depuis leur création en 1881, ils se sont peu à peu « installés » et ont perfectionné leur matériel de travail.

Chaque syndicat comprend un *Office de renseignements* qui sert d'organe de liaison entre ses membres. Il indique aux jeunes docteurs les communes où un poste est vacant. Les relations entre médecins qui ne se connaissent pas sont facilitées par cet intermédiaire. En 1936 la Confédération avait émis le vœu de créer des *secrétariats médicaux* dans les départements; ces organes rendraient aux médecins le service de vérifier les listes d'assurés et assistés et de faciliter la rentrée des honoraires de cette catégorie de clients. Un tel secrétariat existe déjà en Seine-et-Oise et ses statuts peuvent servir de modèle aux autres Syndicats.

Actuellement la Confédération, dont le siège social se trouve à l'Hôtel des Syndicats médicaux de France, 58 *bis*-60, boulevard de la Tour-Maubourg à Paris (6e), a un *journal* officiel, *Le Médecin de France*. Mais les comptes rendus des réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale de la Confédération sont

(16) *Médecin de France*, 1929, p. 77 ss.

en outre publiés dans la plupart des journaux de Médecine. Divers syndicats se sont réunis également par régions pour publier des *Bulletins* donnant le rapport de leur activité. Au siège social de la Confédération existe un *fichier médico-juridique* complet et maintenu à jour, qui permet de renseigner immédiatement et de façon précise tous les médecins désireux d'obtenir des éclaircissements sur leurs baux, patentes, assurances...., de même que les tiers sur leurs rapports avec leur médecin (honoraires, responsabilité) (17).

(17) *Presse Médicale*, 10 mai 1936, p. 1044.

CHAPITRE II

LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE PAR LES SYNDICATS DE MÉDECINS

L'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 accorde aux Médecins le droit de se constituer en Syndicats « pour la défense de leurs intérêts professionnels ». C'est le but essentiel du Syndicat. Mais en dehors de là, les organisations professionnelles ont le souci de la bonne tenue de leurs membres, dans l'exercice du métier, et les anciennes corporations avaient pris déjà cette habitude. C'est du reste là un aspect de la défense professionnelle, car chaque travailleur a intérêt à ce que, par la bonne moralité de ses membres, la profession soit tenue en estime par tous.

Chez les médecins, ce rôle moralisateur présente un intérêt tout particulier par la répercussion que peuvent avoir sur la société les procédés répréhensibles d'un praticien. Le Médecin tient entre ses mains un élément du capital social d'une importance extrême : la santé des individus. Si ce capital se trouve confié à quelqu'un de malhonnête, on peut entrevoir le danger que court la Société entière. C'est pourquoi les Syndicats de Médecins ont songé tout de suite à créer des chambres de discipline qu'ils ont réalisées par leurs Conseils de Famille.

La défense professionnelle syndicale présente donc deux aspects : 1° L'action sur la moralité professionnelle et le rôle disciplinaire;

2° L'action de défense des intérêts matériels.

A) Action sur la moralité professionnelle et rôle disciplinaire

1° *Sélection des membres du syndicat*

Le syndicat est essentiellement libre d'accepter ou refuser d'immatriculer les membres de la profession qui sollicitent leur admission (1). Il peut écarter les individus dont les garanties morales lui semblent douteuses. Chez les médecins, cette immatriculation est particulièrement importante, car la clientèle y voit souvent un critérium de moralité, et les syndicats se sont attachés à lui conserver ce sens.

La Cour d'appel de Riom a rendu sur ce point un arrêt intéressant : un médecin de La Bourboule, le Dr V., se plaignait que son nom ne figurât pas sur une affiche, publiée par le Syndicat et portant en tête : « Médecins consultants de la station thermale de La Bourboule, faisant partie du Syndicat médical ou reconnus par lui ». Le Syndicat estimait qu'il avait des raisons de ne pas patronner le Dr V. en raison des procédés publicitaires étranges utilisés par celui-ci. La Cour lui donna pleinement raison, considérant « qu'un syndicat est libre d'admettre dans son sein ou d'évincer qui il lui plaît » et que

(1) Cf. art. 7 de la loi du 21 mars 1884. « Les chambres syndicales ont une indépendance complète pour admettre une candidature sans que leur décision puisse être l'objet d'une critique ou d'un recours. » (Trib. civ. Seine, 7 déc. 1927. D. H. 1928-76.)

par là, il se bornait « à remplir sa mission de défense des intérêts professionnels » (2).

Le Tribunal du Havre et, en appel, la Cour de Rouen, avaient déjà eu à trancher un procès du même genre. Un membre du syndicat médical du Havre avait démissionné en 1920. En 1921, il sollicita sa réadmission; celle-ci lui ayant été refusée, il actionna le syndicat en dommages-intérêts pour réparer le préjudice qu'il subissait. Les deux juridictions le déboutèrent successivement (3). Le refus de réintégration opposé par le syndicat n'est entaché d'aucune irrégularité quand il est pris conformément aux statuts et, dans les circonstances du précédent procès, ces statuts, qui soumettaient l'admission du nouveau membre à l'agrément de l'assemblée générale, avaient été respectés.

2° *Répression des procédés deshonnêtes*

Le syndicat ne se borne pas à filtrer les admissions, il se charge également de faire respecter à ses membres, et même aux non syndiqués, les lois de l'honnêteté, de la conscience professionnelle et du respect de soi-même, que certains médecins sont trop portés à oublier (4). Son action s'est spécialement orientée dans la poursuite des médecins qu'il est convenu d'appeler « médecins marrons ». Dans toute profession on rencontre des représentants qui se soucient peu de la morale. Mais en Médecine, cette absence d'honnêteté peut revêtir une grande diversité d'aspects qu'il est parfois difficile de percer à jour. Le Code de Déontologie de la Confédération per-

(2) *Siècle Médical*, 1er nov. 1937.
(3) *Gaz. Pal.*, 1933-1-86.
(4) Cf. art. 6 de la loi du 21 mars 1884 modifiée par la loi du 12 mars 1920.

met souvent de sanctionner ces procédés répréhensibles par la simple application d'un de ses articles.

Le procédé le plus connu du public est la *Dichotomie*, qui consiste, selon certains, dans une entente entre un médecin et un chirurgien pour faire subir à un client une opération, dans le simple but d'en partager le prix; d'autres y rangent tous les procédés par lesquels le médecin reçoit un avantage en raison de son intervention, de la part de celui que son intervention favorise (5). Ces pratiques existent malheureusement et sont parfois pratiquées avec un cynisme éhonté. Elles ont pour résultat de faire monter les honoraires en lésant le malade, et aussi de faire tort au prestige de tout le Corps médical. Les Syndicats y veillent, et on concevra qu'en cette matière plus qu'en toute autre, le Conseil de Famille soit le seul organe vraiment capable d'apprécier la réalité et la gravité du délit.

Certains praticiens se rendent coupables de procurer à autrui l'usage de *stupéfiants*, sans nécessité thérapeutique. D'autres se laissent tenter par diverses combinaisons : achats de produits pharmaceutiques, sous le nom d'un pharmacien, pour la revente au détail au public; les Assemblées générales de la Confédération blâment ces *associations*, sous quelque forme qu'elles soient, entre un médecin et un pharmacien ou un particulier non diplômé, estimant qu'un tel système introduit dans l'acte médical un but de simple lucre qui ne peut que le fausser (6).

(5) Les maisons de santé écrivent aux médecins : « Vous ne nous envoyez personne, voulez-vous un tant pour cent ?... » Jusqu'aux marchands de bottines qui leur écrivent : « Vous aurez 25 % par paire de chaussure. » (*Progrès Médical*, 14 janv. 1939, p. 67.)

(6) *Presse Médicale*, 13 juill. 1938, suppl., p. 1. V. déf. de la Dichotomie, *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens*, avril-mai 1929, p. 5.

Moins graves et cependant répréhensibles sont les procédés abusifs de *publicité* que blâment également les Syndicats: certains médecins profitent des interviews qu'ils subissent pour énoncer avec complaisance leurs titres et les mettre en valeur. La Fédération des Syndicats des Médecins de la Seine votait en mars 1937 un ordre du jour où elle regrettait que « malgré les conseils et avertissements maintes fois donnés par les groupements professionnels et les sociétés scientifiques médicales, on puisse encore trouver dans des journaux d'information des articles (avec des photos d'auteurs) dans lesquels ces derniers énumèrent complaisamment leurs propres mérites, se mettant ainsi en contravention avec l'art. 3 du Code de Déontologie qui proscrit toute réclame personnelle (7).

A Bordeaux, le Syndicat a décidé dans le même but que les conférences faites à la T. S. F. seraient anonymes, qu'elles ne devraient traiter que de l'Hygiène générale et n'aborder aucun sujet vraiment médical. Il existe, en effet, un réel danger à répandre certaines notions scientifiques auprès d'un public non averti; des malades sont à l'écoute, leur moral peut être affecté en apprenant la gravité de leur cas; les thérapeutiques les plus fantaisistes peuvent être ainsi vulgarisées pour le plus grand préjudice de la santé publique.

Une affaire qui a défrayé la chronique, parce qu'elle mettait en cause un médecin dont le nom est connu de tous, le Dr V., a été récemment jugée. Le Dr V. s'était mis à exploiter à Paris une spécialité d'efficacité encore assez douteuse et, pour se faire connaître, « il se livra à une publicité éhontée qui fit affluer dans son cabinet une

(7) *Progrès Médical*, 27 mars 1937.

nombreuse clientèle ». Devant le succès, « il étendit à la province sa réclame tapageuse et dépourvue de la plus élémentaire dignité, annonçant sa venue simultanément dans différentes villes, dans lesquelles, ne pouvant être partout, il envoyait ses deux assistants pour se substituer à lui ». Ces assistants consultaient sous son nom et délivraient des ordonnances à en-tête du Dr V. Les clients, pensant avoir affaire au grand spécialiste, dont les journaux parlaient tant, réglaient sans difficulté des honoraires élevés. Les trois complices furent inculpés d'escroquerie. Les Syndicats médicaux de Brest, de la Seine et de la Meurthe-et-Moselle se portèrent partie civile à l'instance pour obtenir réparation du préjudice que ces agissements avaient causé au corps médical. En première instance, le Tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.), tout en condamnant V. et ses assistants pour exercice illégal de la Médecine et complicité (les assistants n'étaient pas docteurs), avait rejeté l'inculpation d'escroquerie (8), mais la Cour d'Appel de Paris (9e Ch.), par un arrêt du 12 décembre 1938, a considéré que les assistants avaient commis une escroquerie en acceptant des honoraires qui n'étaient justifiés que par la renommée du Dr V., et non par la leur et que le Dr V. s'était fait complice de cette escroquerie par aide, assistance et instructions. Les Syndicats obtinrent des dommages-intérêts en compensation du discrédit jeté sur le corps médical.

3° *Défense du titre*

Les médecins gardent jalousement leur monopole et n'hésitent pas à attaquer ceux qui usent sans droit de

(8) *Presse Médicale*, 3 déc. 1938, et D. H., 2 mars 1939, p. 120.

leur titre (9). C'est ainsi que se vit poursuivre le Directeur d'une école dentaire supérieure libre, qui décernait à ses élèves les plus méritants, des diplômes de « Docteurs en électro-radiologie dentaire », et prétendait par là combler une lacune de l'enseignement donné en France par les écoles et facultés de l'Etat. Mais la loi du 18 mars 1889 prévoyant que seules les Facultés d'Etat peuvent collationner des grades, les Syndicats des Médecins de la Seine et le Syndicat des Chirurgiens-dentistes obtinrent contre le directeur trop zélé 1.000 francs, à titre de dommages-intérêts chacun (10).

Les Syndicats empêchèrent de même le nommé B., sujet roumain, titulaire du diplôme d'Université pour étrangers, qui lui avait été conféré par la Faculté de Médecine de Paris, de continuer de faire usage d'un papier à lettre portant imprimé l'en-tête : Dr B., de la Faculté de Médecine de Paris (11).

Pourtant il existe des limites à l'intervention des Syndicats dans la défense de la profession. La Cour de Cassation a exprimé dans un arrêt récent qu'un Syndicat professionnel ne pouvait pas intervenir pour demander réparation du préjudice résultant, pour la profession qu'il représente, de la diffamation commise envers un de ses membres : celui qui a introduit l'action doit demeurer seul juge de l'opportunité du débat. Un sieur

(9) Cf. art. 1er de la loi du 30 nov. 1892 : « Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine... » Art. 20 : « Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine... »

(10) C. d'Appel, 31 déc. 1934, *Gaz. Pal.*, 1935-1-302.

(11) C. Cass. Ch. Crim., 22 déc. 1937, *Gaz. Pal.*, 1938-1-303. On peut rappeler l'affaire du Dr V... (v. *supra*, p. 32), dont l'un des assistants, sujet roumain, s'est vu condamner pour avoir présenté des titres aussi édifiants qu'immérités.

L. avait été condamné par la Cour d'Appel d'Orléans à 50 francs d'amende et à des réparations civiles pour diffamation publique du Dr P.; le Syndicat d'Indre-et-Loire, qui était intervenu dans le procès, s'était vu octroyer, pour le préjudice que la diffamation avait causé à la profession médicale en général, un franc de dommages-intérêts. La Cour de Cassation lui dénia ce droit, la diffamation n'avait atteint que le Dr P. personnellement et l'intervention du Syndicat ne se justifiait pas (12).

Ainsi le Syndicat médical s'attache à faire respecter la dignité de la profession médicale, d'abord par les praticiens, afin qu'elle soit ensuite respectée par tous. Mais cette action si saine pour l'ensemble de la société n'est pas toujours appréciée par les médecins. Beaucoup considèrent les interventions des syndicats comme une tyrannie insupportable et, plutôt que de voir limiter leur liberté d'action et de sentir une perpétuelle surveillance, ils préfèrent demeurer libres. C'est l'esprit d'indépendance qui gêne le plus la généralisation des syndicats. Certains qui n'ont pas voulu se syndiquer vont jusqu'à considérer que toutes les foudres syndicales sont réservées aux non adhérents et trouvent dans cette opinion une raison pour ne pas s'inscrire.

On ne peut pourtant nier le rôle éminemment moralisateur rempli par le Syndicat médical dans ce domaine. Aujourd'hui tous les médecins, syndiqués ou non, sont surveillés; et si l'esprit d'indépendance, si difficile à déraciner, est encore une entrave à l'élargissement de leur action, il n'en reste pas moins que les résultats obtenus par les Syndicats sont très satisfaisants et que les manœuvres douteuses se font plus rares. La vie sociale

(12). C. Cass. Ch. Crim., 4 févr. 1938, *Gaz. Pal.*, 38-1-516.

tout entière se trouve améliorée par cet assainissement de la Médecine.

B) Défense des intérêts de la profession

La Médecine présente, comme toute profession, pour celui qui l'exerce, un point de vue matériel. Tous les médecins ne peuvent être complètement désintéressés : ils ont une famille à entretenir; leurs études ont été particulièrement longues et coûteuses, elles ont absorbé un véritable capital. Tandis que les jeunes gens de son âge étaient déjà nantis d'une situation et classés dans le monde, l'Etudiant en Médecine continuait d'être un élève penché sur ses livres, un apprenti qui suit le maître, sans avoir encore le droit d'assumer seul la responsabilité de son travail.

Quand il est docteur et qu'il a enfin acquis le droit d'utiliser ses connaissances, le médecin se trouve en butte à de nombreuses attaques par lesquelles, de divers côtés, on tente de lui nuire, d'empiéter sur son domaine, de limiter ses prérogatives. Il est en général trop absorbé par sa clientèle, à laquelle il se doit de consacrer tous ses instants pour pouvoir procéder lui-même à la défense de ses droits. C'est le Syndicat qui, tout naturellement, se verra attribuer cette tâche. On peut étudier d'abord dans quel *domaine* le syndicat doit intervenir, puis quels sont les *moyens d'action* qu'il peut employer.

1° *Domaine d'intervention des syndicats*

Les matières où le syndicat vient au secours du médecin pour suppléer à son absence de loisirs sont très nombreuses.

a) Role d'information

Toutes les nouvelles lois, tous les nouveaux décrets ou règlements susceptibles de l'intéresser, et que le praticien n'a pas le temps d'approfondir par lui-même, sont étudiés pour lui au Syndicat et mis à sa portée de façon succincte et simple pour qu'il puisse rapidement se rendre compte de ce dont il s'agit. A la Confédération, le travail est réalisé pour l'étude des lois fiscales, dans le *Service Fiscal*, et pour les autres lois et toutes décisions ministérielles ou jurisprudentielles concernant la Médecine, par le *Service Médico-juridique*. Tout praticien peut s'adresser à ces services qui lui fournissent rapidement les renseignements désirés. On voit combien, par le sacrifice de quelques-uns qui se consacrent à ce travail, le temps des 19.000 syndiqués est économisé, ce temps précieux qu'ils peuvent donner à leurs malades.

Toutefois les intérêts matériels de la profession ne sont pas seulement mis en cause par des lois financières ou autres. Le médecin doit lutter dans bien d'autres domaines pour assurer à la Médecine la place et le rayonnement qu'il estime légitimes.

b) Lutte contre l'exercice illégal de la médecine

La façon la plus spontanée pour le médecin de défendre les intérêts matériels de sa profession est la lutte contre les illégaux et la loi du 30 novembre 1892 attribue spécialement ce rôle aux Syndicats médicaux (13). Il ne s'agit pas seulement de poursuivre les faux médecins installés sans diplôme et qu'on dépiste aisément en vérifiant l'enregistrement des titres à la Préfecture (art. 9).

(13) Loi du 30 nov. 1892, art. 17, al. 2.

Le véritable ennemi du médecin, mais que le malade respecte, parce qu'il est un magicien dont on n'ose approfondir les secrets, le Rebouteux, visionnaire prétendu, détenteur d'un pouvoir miraculeurs, l'empirique sous ses nombreux aspects, contre celui-là la lutte est ardente et toujours renouvelée. Malgré l'expansion de l'instruction, le campagnard préfère encore bien souvent ce sorcier illettré au monsieur au parchemin qui vient des villes, et la ville elle-même lui accorde trop souvent sa confiance.

Il existe dans chaque Syndicat une *commission* chargée de la poursuite des illégaux. L'*Office central* pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, créé en 1906 au Syndicat des Médecins de la Seine, soutenu moralement et pécuniairement par la Confédération des Syndicats Médicaux français, joue un rôle particulièrement efficace.

Le principe reconnu par les tribunaux est que tout *traitement médical habituel* (c'est-à-dire qui n'est pas un acte isolé et accidentel) est interdit à ceux qui ne sont pas titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine (14). Mais dans la pratique, devant la diversité des cas qui se présentent, il paraît parfois bien difficile de décider s'il y a ou non exercice illégal.

C'est le cas des médecins *étrangers* qui séjournent en France et qui, sous la protection diplomatique de leur ambassadeur, font de la clientèle illicite. L'étranger titulaire du diplôme français d'Université qui, en contravention avec la loi du 21 avril 1933, interdisant l'exercice de la Médecine aux étrangers, pratique quand même à

(14) C. d'Appel Paris (9e Ch. Corr.), 11 mars 1935 (*Gaz. Pal.*, 35-1-825). Trib. Parthenay, 15 déc. 1932 (*Gaz. Pal.*, 1933-1-511, note).

l'ombre d'un confrère français, dont il est l'« assistant », est également un illégal et doit être poursuivi.

C'est enfin la série toujours alimentée des « guérisseurs » de toutes sortes : depuis les illuminés qui pratiquent l'imposition des mains (14) ou récitent des prières auprès de leurs patients et leur font absorber comme médicament de l'eau de la concession de la ville de Paris bénite par eux, il est vrai (15), jusqu'au charlatan qui se sert d'un pendule pour découvrir sur le malade le siège de l'infection (16) et au « grand optométriste » qui ne craint pas d'annoncer son arrivée par les journaux et examine le plus sérieusement du monde les yeux de ses clients pour arriver à leur vendre des lunettes (17); on pourrait multiplier à l'infini de tels exemples. Tout récemment encore est comparue devant le Tribunal correctionnel d'Albi, à la requête du Syndicat des Médecins du Tarn, une guérisseuse de 15 ans, Andrée M., qui, par l'imposition des mains, faisait des cures miraculeuses. Les clients affluaient de toute la France et même de Suisse et de Belgique, à tel point qu'une auberge s'ouvrit dans la localité pour les recevoir. Le ministère public a demandé que la jeune illuminée soit confiée à une maison de redressement de l'enfance. Le Syndicat d'Albi a obtenu 5.000 francs de dommages-intérêts (18).

Un procès, qui est demeuré célèbre à Rennes, est celui de l'abbé Ch... qui encourut de 1923 à 1928 une demi-douzaine de condamnations au Tribunal correctionnel. L'abbé Ch. mettait en vente une série de fioles contenant les produits pour le traitement de diverses maladies par

(15) Trib. Corr. Seine (10e Ch.), 20 oct. 1933 (*Gaz. Pal.*, 1933-2-951).
(16) Trib. Corr. Nantes, 15 févr. 1933 (*Gaz. Pal.*, 1933-2-952).
(17) C. d'Appel Dijon (Ch. Corr.), 2 juill. 1935 (*Gaz. Pal.*, 1936-1-79).
(18) Le *Matin* du 24 mars 1939 et *Presse Médicale* du 26 avril 1939, suppl., p. 5.

l'Homéopathie. Les Syndicats de Médecins et de Pharmaciens de l'Ille-et-Vilaine s'élevèrent contre cet exercice illégal de la Médecine et de la Pharmacie. Le contrevenant dédaignait souvent de comparaître aux audiences et les Syndicats obtinrent contre lui de forts dommages-intérêts et même l'emprisonnement (19). Pourtant les produits mis en vente par l'abbé Ch. étaient peut-être bons, puisqu'aujourd'hui, où le droit de fabrication appartient à un docteur, on voit les Médecins les recommander à leurs malades avec un certain succès.

Dans la poursuite d'un illégal, le procès n'est pas toujours facile à défendre pour le Syndicat : le guérisseur est habile et, sachant que les « honoraires » sont réservés au Médecin, il se contente de dons manuels qu'il n'accepte, semble-t-il qu'à son corps défendant, et seulement pour ne pas désobliger ceux qu'il a si miraculeusement guéris (?) ou bien encore son traitement est gratuit, il suffit de lui acheter la petite fiole qui contient le produit miraculeux. Il fait défiler à la barre des témoins nombreux et reconnaissants qui proclament très haut ses bienfaits, au point que le tribunal se laisse quelquefois ébranler et hésite à méconnaître totalement son pouvoir. C'est ainsi que le tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) avait acquitté le 22 juin 1934 la dame F. qui, par le fluide qui émanait de ses mains soulageait les maux les plus divers. « Les radiations émises par les « mains de la prévenue, étaient d'une telle force qu'elles « faisaient dévier l'aiguille d'un galvanomètre bien au « delà des limites de l'échelle graduée des mesures... et

(19) Trib. Corr. de Rennes, 1er févr. 1923 : 3 mois de prison et 15.000 francs de dommages-intérêts; 19 avril 1928 : 4 mois de prison et 1.000 francs d'amende.

« ces radiations pouvaient s'apparenter aux rayons B du « radium. » Pourtant les juges d'appel, moins impressionnables, estimèrent que l'imposition des mains constituait un traitement et que l' « habitude » de cette pratique était bien un délit d'exercice illégal de la médecine (20), ce qui fut confirmé par la Cour de Cassation.

Il serait pourtant audacieux de nier totalement la possibilité de guérir par le magnétisme ou la suggestion, notamment dans les maladies nerveuses. Mais on ne peut admettre que la crédulité inlassable du public en soit pour autant exploitée par des gens sans scrupules qui se targuent de réduire une fracture sans connaître l'anatomie ou de faire disparaître un cancer par des passes magnétiques. Les guérisseurs, qui montrent les résultats obtenus par eux, omettent toujours de parler de ceux que leur ignorance a estropiés et qui ont dû chercher un secours parfois tardif auprès des vrais Médecins.

Le Syndicat demandeur ou partie civile se voit accorder, quand la poursuite s'avère justifiée, une indemnité à titre de dommages-intérêts, pour le préjudice matériel causé aux médecins par le détournement de clientèle et le préjudice moral qu'a subi la profession médicale en général (21). C'est ainsi que la Cour d'Appel de Rennes a alloué au Syndicat médical de Nantes 10.000 francs de dommages-intérêts dans la poursuite d'un magnétiseur (22).

Le Syndicat des Médecins de la Seine publiait en décembre 1938 que pour l'année écoulée l'Office de ré-

(20) C. d'Appel Paris (9e Ch. Corr.), 11 mars 1935 (*Gaz. Pal.*, 35-1 825) et Cass. Crim., 15 juill. 1937 (*Gaz. Trib.*, 23 déc. 1937).

(21) Droit des syndicats à des dommages-intérêts pour le préjudice causé à la profession, v. *infra*, p.

(22) C. d'Appel Rennes, 25 janv. 1934 (*Gaz. Pal.*, 34-1-540).

pression de l'exercice illégal avait transmis 53 plaintes à la Préfecture de police, 222 affaires avaient été instruites et 36 condamnations obtenues dont le total se chiffrait à 39.450 francs de dommages-intérêts (23).

c) Exclusion des étrangers

Elaboration de la loi du 21 avril 1933

La France apparaît à bien des nations voisines ou lointaines comme un foyer rayonnant de culture et une terre bienheureuse. Les étrangers arrivent de tous côtés pour prendre leur part de cette science que les professeurs dispensent dans les Facultés afin de l'utiliser dans leur pays natal et y former des noyaux francophiles.

Mais quand ils ont connu la douceur de vivre en France, et quelquefois aussi quand leur terre d'origine les a reniés, tels les israëlites allemands et les réfugiés tchécoslovaques ou espagnols qui sont accueillis chaque jour, ces étrangers à qui l'hospitalité et la science ont été données sans compter, au lieu de s'en aller répandre au loin la culture française demeurent en France après leurs études et tentent ainsi de devenir des concurrents pour les travailleurs français. Un tel résultat est absolument injuste.

Jusqu'en 1933, il en était ainsi pour la profession médicale. Nombreux étaient les étudiants étrangers inscrits à la Faculté de Médecine et aujourd'hui c'est encore à

(23) *Presse Médicale,* 14 déc. 1939. Aujourd'hui les syndicats médicaux demandent que le législateur vienne à leur aide dans cette œuvre d'épurement, en *renforçant les peines* applicables aux illégaux afin de les décourager d'avance; une proposition de loi est à l'étude à cet effet (*Médecin de France,* 1er févr. 1939, p. 167).

cette Faculté qu'on en compt ele plus. Le Bureau universitaire des statistiques donne en 1938 les chiffres de 1.942 étudiants étrangers sur un total de 16.513 étudiants en médecine (24). Des équivalences plus ou moins exactes entre le Baccalauréat français et les diplômes étrangers permettaient l'inscription à la Faculté et, en fin de scolarité, le même diplôme était délivré à tous. L'étranger pouvait alors, comme le français, s'installer en France et il avait l'avantage de n'être pas retardé par des obligations militaires.

Une telle situation devenait intolérable et les étudiants manifestaient leur mécontentement contre cette concurrence de ceux qu'ils appellent les « métèques », qui venaient augmenter et aggraver la pléthore médicale. Les praticiens eux-mêmes devaient constater que, dans la pratique, les étrangers se montraient souvent des confrères indésirables, à part des exceptions notables, par l'absence de base de leur instruction, due à la non conformité des équivalences acceptées à leur entrée à la Faculté, et aussi malheureusement par leur mentalité souvent douteuse. Aujourd'hui encore, ces étrangers forment des noyaux où se pratique la « médecine noire », en particulier chez les « Métèques de la zone », ainsi qu'on désigne ces étrangers installés dans les faubourgs des grandes villes, qui y vivent de médecine immorale et illicite.

Devant cet état de choses, les Syndicats sont partis en guerre, et la guerre qu'ils ont déclarée aux étrangers est inlassable et sans merci. La proposition qui devait aboutir à la loi du 21 avril 1933 (25) émane d'un syndi-

(24) Le *Courrier des Etudiants*, 1er nov. 1938, p. 4.
(25) *J. O.*, 23 avril 1933.

caliste, le Dr Ambruster, sénateur de l'Aube. Rédigé en plein accord avec les Syndicats, le texte fut déposé d'abord au Sénat, le 8 avril 1930 (26); après quelques voyages entre les deux assemblées, il revint à la Chambre des Députés le 21 février 1933 et fut voté définitivement le 4 avril, puis promulgué le 21 avril 1933 (27).

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine limite le droit d'exercice aux Français et sujets français ou ressortissants des pays placés sous le protectorat de la France, munis du diplôme d'Etat français, sauf quelques exceptions autorisant un certain nombre d'étrangers à exercer en France, par accords diplomatiques qui garantissent la parité, c'est-à-dire que le même nombre de Français puisse exercer la Médecine dans ces pays étrangers. D'autre part le Diplôme d'Université, délivré aux étrangers, ne pourra en aucun cas être transformé en Diplôme d'Etat (art. 2, al. 3).

En conséquence, l'étranger, sa naturalisation obtenue, doit : 1° acquérir des titres nouveaux : Baccalauréat (2 ans), P. C. B. (1 an) et effectuer 4 années de scolarité (art. 2, al. 3).

2° S'il a moins de 30 ans, faire son service militaire (2 ans) : s'il est naturalisé après 30 ans, effectuer ses quatre années de scolarité. Les syndicats médicaux se déclarèrent satisfaits devant cette barrière quasi infranchissable (28).

Pourtant, après un temps de pratique de la loi de 1933, les protestations se firent de nouveau entendre, devant la cadence accélérée à laquelles les naturalisations de Médecins et d'Etudiants en Médecine étaient

(26) *Doc. ann.*, n° 229.
(27) Lois nouvelles, 1933-3-307.
(28) *Médecin de France*, 1936, p. 962.

accordées. En mai 1936, le Ministre de la Justice, sur demande de l'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris, appuyée par le Syndicat des Médecins de la Seine, décida d'exiger de son administration que *l'avis des Syndicats médicaux* soit demandé au sujet de toutes enquêtes de naturalisation concernant Médecins et Etudiants en Médecine (29). Le Gouvernement reconnaît donc lui-même la valeur du jugement que peut porter le Syndicat médical, tant au point de vue professionnel que moral, sur l'opportunité des naturalisations sollicitées. Dans ce rôle, les Syndicats se sont attachés à rechercher sans xénophobie quels éléments peuvent être assimilables, rejetant les demandes d'étrangers ne connaissant que sommairement ou pas du tout la langue française, ou ignorant notre Histoire nationale, agréant celles de jeunes gens ayant fait leurs études secondaires en France ou dans des collèges français à l'étranger (30). Ces enquêtes demandant beaucoup de temps et de travail, les syndicats sollicitaient en juillet 1938 une subvention de l'Etat (31).

Actuellement, malgré une majorité de rapports défavorables opposés par les Syndicats médicaux et la Préfecture de police, à la suite de leurs enquêtes, les naturalisations ont repris dans une proportion trop étendue au gré des Médecins et étudiants français (32) et le Corps médical, par l'organe de ses Syndicats, réclame de nouvelles barrières à l'invasion étrangère. Les

(29) *Presse Médicale*, 27 mai 1936, p. 869. Un service des naturalisations existe à cet effet à la Confédération (*Médecin de France*, 1er févr. 1939, p. 125).

(30) *Presse Médicale*, 4 nov. 1936, p. 1739.

(31) *Presse Médicale*, 13 juill. 1938.

(32) 102 en 1936, 150 en 1937, 78 du 1er janv. au 26 août 1938 (*Presse Médicale*, 26 nov. 1938, 2e ordre du jour du meeting du 4 nov. 1938).

assemblées générales de différents Syndicats émettent le vœu que le stage de 10 ans « exigé pour la noble profession d'Avocat, le soit aussi pour celle non moins belle de Médecin, notamment qu'il soit interdit aux étrangers naturalisés de moins de 10 ans ou non naturalisés, déjà installés, d'exercer la « Médecine sociale » telle que les Assurances sociales, Assistance médicale gratuite, Réformés de guerre, Accidents du travail (33).

Tels sont les points pour lesquels les Syndicats médicaux luttent aujourd'hui dans la seule recherche de la meilleure moralité, de l'épuration du Corps médical et de la défense de ses prérogatives.

d) La retraite des médecins

1. — *Le projet de M. Pomaret*

« Proposition de loi tendant à assurer le placement immédiat et régulier de la jeunesse française », présentée par MM. Ch. Pomaret, Barthe, etc., tel est le titre sous lequel fut déposé le 5 juin 1936 (34) ce texte qui devait faire tant de bruit dans les assemblées médicales. L'exposé des motifs énonçait des principes sur la nécessité de venir au secours de la jeunesse; et le moyen proposé dans le titre premier de la loi, était de réglementer les professions libérales, en fixant une limite d'âge à leur exercice : « Normalement, dit l'exposé des motifs, on n'est plus un bon chirurgien ou un bon architecte ou un bon chef d'entreprise à 70 ans et plus ». Et l'art. 3 du titre I[er] était ainsi rédigé : « Nul ne peut exercer à « titre gratuit ou à titre onéreux, à partir de 65 ans, la

(33) V. *infra*, ch. III, p. 77.
(34) Doc. parlement. Ch., 1936-17, n° 175002, annexe 151, p. 729.

« profession... de docteur en médecine... Cette interdic-
« tion ne prendra effet qu'à partir du 1er janvier 1939,
« afin de permettre aux groupements professionnels, en
« collaboration avec les ministres du Travail et de l'E-
« ducation Nationale, de réaliser la mise en vigueur
« d'un régime approprié de retraites, auquel l'Etat ne
« pourra d'ailleurs apporter aucune contribution finan-
« cière (35). »

Ainsi le double but de la proposition de loi serait atteint : écarter de la profession les vétérans qui l'encombrent et risquent d'en compromettre le bon exercice, assurer un débouché à la jeunesse. Un certain temps (jusqu'en 1939) était laissé aux groupements professionnels pour que des retraites soient organisées pour le mieux.

Au lieu des applaudissements que ses rédacteurs devaient en attendre, la proposition de loi souleva une tempête de protestations dans les professions libérales et c'est en termes très vifs que les critiques affluèrent. Du côté des Médecins, les Syndicats ne furent pas les derniers à élever la voix. L'Assemblée générale de la Confédération de 1937 « déclare inadmissible (36) qu'une
« proposition de loi de cette importance, visant l'exer-
« cice de la Médecine et touchant gravement à l'exer-
« cice libre d'une profession jusqu'à ce jour qualifiée de
« libérale, ait pu être déposée sans que la profession
« médicale organisée représentée par la Confédération
« des Syndicats médicaux ait été consultée (37). »

(35) La même mesure atteignait les professions d'avocat, officier ministériel, vétérinaire, pharmacien, etc...

(36) Il n'en est pas moins vrai que les parlementaires sont libres de déposer des propositions de loi même sur les matières où ils sont le moins compétents.

(37) *Médecin de France*, 1937, p. 44.

Il n'est pas du tout certain, en effet, qu'un Médecin âgé soit devenu un mauvais médecin. La profession médicale offre chaque jour des exemples éclatants de la valeur de vieux praticiens qui font des découvertes importantes, grâce à la science que leurs années de travail et d'études leur ont permis d'acquérir. Le diagnostic, primordial en Médecine, devient avec l'habitude, bien plus rapide et plus sûr et le traitement correspondant est ainsi appliqué dans un temps minimum.

Une mise à la retraite obligatoire est du reste peut-être moins nécessaire qu'ailleurs dans les professions libérales : en pratique si un médecin, un avocat, un ingénieur, un architecte âgés se trouvent au-dessous de leur tâche, la clientèle, en les désertant, leur fera bien comprendre que leur temps est fini. D'ailleurs les jeunes gens eux-mêmes, que le texte de M. Pomaret prétendait protéger, y furent également hostiles. Les Etudiants en Médecine, ne s'attardant pas à l'intérêt immédiat qu'il y avait pour eux dans la mise à la retraite des vieux médecins, considérèrent qu'il y avait là atteinte au caractère « libéral » reconnu à la profession médicale et surtout ils y virent un danger de « fonctionnarisation » future (38) : une fois que la Médecine aurait perdu ses caractères libéraux par une réglementation de plus en plus serrée, il serait très aisé au Gouvernement d'en faire un service public et ce serait la fin de la Médecine libre qui, est, leur semble-t-il, la seule fructueuse pour la société. Les congrès d'étudiants, et notamment celui de Nice (Pâques 1938) adressèrent à cet effet des protestations au Gouvernement.

(38) V. *infra* p. 96.

Il est évident que la perspective de pouvoir se reposer à 65 ans, nanti d'une retraite, est un attrait sur lequel comptaient les rédacteurs de la proposition de loi. Mais ce n'est pas en deux ans qu'on peut mettre au point une Caisse de retraites susceptible de fonctionner tout de suite. Et le Dr Noir écrivait ironiquement à se sujet : « Beaucoup de médecins, encore pères d'étudiants, n'au- « raient pas pu se constituer des fortunes analogues à « celles de plusieurs des signataires de la proposition de « loi. Et ceci, serait une profonde injustice » ! (39).

Pourtant l'idée même d'assurer une retraite aux Médecins n'était pas négligeable; et c'est pourquoi les Syndicats ont repris le projet pour leur propre compte. La Médecine est un travail épuisant et bien des praticiens surmenés y laissent leur propre santé; ils se trouvent un jour malade, dans l'impossibilité de continuer leur tâche et toute leur famille est plongée dans la gêne; ou bien l'âge les surprend sans qu'ils aient eu le temps de penser à se réserver une vieillesse honorable. Le Syndicat des Médecins de la Seine (S. M. S.) votait le 2 nov. 1937, l'ordre du jour suivant : le Syndicat des Médecins ...« accepte que les représentants du S. M. S. à la Confé- « dération des Syndicats médicaux participent à l'étude « de tout projet tendant à la création d'une Caisse de « retraites de la profession médicale » (40).

La Confédération s'est, en effet, mise au travail et a élaboré un projet dont les principes sont : « Versement obligatoire, retraite facultative; tout médecin effectuera les versements pour la constitution d'une retraite à 65 ans. Arrivé à cet âge, il aura entière liberté d'user ou

(39 et 40) *Presse Médicale*, 2 avril 1938, p. 523.
(40) *Id.*

non de ce droit » (41). A l'Assemblée générale de décembre 1938, la nouvelle « Retraite Pomaret », organisée par la Confédération a été longuement étudiée. Les Médecins désirent arriver à établir un texte qu'ils soumettront aux Chambres par l'intermédiaire d'un parlementaire. Voici les points essentiels sur lesquels l'accord a été obtenu :

Retraite facultative à 66 ans.

Versements obligatoires pour tous les médecins patentés.

Gestion par une Caisse autonome corporative (et non pas seulement syndicale).

La moitié de la retraite sera de répartition pour mieux s'adapter aux variations futures de la monnaie.

Les risques suivants sont également couverts :

1° réversibilité de la moitié de la retraite sur la veuve.
2° indemnité au décès.
3° invalidité amenant cessation d'exercice.
4° avances des cotisations à ceux qui ne peuvent temporairement les verser (42).

La Confédération espère que dans deux ans tout sera au point et pourra entrer en fonctionnement.

2. — *La Retraite Pierre Dibos*

Fondée par un ancien Président de la Confédération, cette retraite a pour base *la répartition*, c'est-à-dire qu'elle est conditionnée annuellement par le nombre des bénéficiaires. Les Médecins qui cessent toute activité médicale peuvent seuls en bénéficier. En 1939, 96 re-

(41) *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens français*, juill. 1936, p. 201.
(42) *Médecin de France*, 1er févr. 1939, p. 142.

traites ont été accordées, représentant un total de : 276.700 francs. Les retraites individuelles s'échelonnent de 1.800 francs à 4.900 francs (43).

3. — *La Mutuelle Confédérale*

La Confédération joue envers les Médecins syndiqués qui le désirent le rôle d'une Compagnie d'Assurances pour couvrir les différents risques : incendie, responsabilité professionnelle et automobile. Les bénéfices, au lieu d'être versés à des actionnaires, comme dans toute compagnie privée, sont centralisés en une caisse mutuelle confédérale qui verse des retraites aux Médecins (44).

Ainsi la vieillesse du Médecin se trouve désormais mise à l'abri. Ces œuvres sont encore jeunes, mais déjà l'essor qu'elles ont si rapidement pris permet d'en espérer les meilleures réalisations pour l'avenir.

e) Tarifs syndicaux et paiement des honoraires

Une question vitale pour tous les médecins et surtout pour ceux qui n'ont pas de fortune personnelle, est celle des honoraires. Le public, comme pour toute profession intellectuelle, n'estime pas à sa vraie valeur le travail que fournit celui qui ne livre aucune marchandise et ne fabrique rien. Ce n'est que si on l'éblouit par des appareils nickelés, toutes espèces de pinces et aiguilles ostensiblement aseptisées, qu'il admettra que la mise de fonds, nécessitée par l'installation, légitime le prix qu'on lui demande. Mais si le traitement n'a pas exigé l'em-

(43) *Médecin de France*, 1er février 1939, p. 123.
(44) *Id.*, p. 145.

ploi de telles valeurs matérielles, si le Médecin n'a eu recours pour le soigner qu'à des éléments d'une réalité difficile à évaluer : sa science et son temps, le malade ingrat, discutera et cherchera un rabais. C'est l'éternel dialogue d'Ambroise Paré qui se poursuit :

« — Je le pansay, dit le Médecin
— Dieu me guarit, dit le malade ».

Devant cette difficulté à se faire payer, le mouvement de défense des intérêts professionnels a envisagé dès les débuts du Syndicalisme médical l'établissement de *tarifs minima*, tels qu'il serait interdit aux médecins syndiqués eux-mêmes de consentir des honoraires inférieurs. Le premier tableau de tarifs minima fut, en effet, publié dans le n° 8 de l'année 1883 du *Concours Médical* par le Syndicat de Voiron (Isère). Depuis ils se sont généralisés et tous les Syndicats en ont un aujourd'hui. Ces tarifs sont fonction « des conditions économiques, d'habitudes, de circonstances locales, dont les Syndicats sont seuls juges » (45). Ils varient donc avec les conditions économiques : c'est ainsi qu'en 1937 devant la dévaluation de la monnaie, les Syndicats durent relever leurs tarifs minima (46).

Le danger pour le praticien syndiqué vient de celui que le Dr Marquis (de Rennes) appelle le « rabaisien » : « Comme l'ombre de Banco poursuivait Macbeth, l'om- « bre du confrère le poursuit continuellement. C'est son « fantôme qui perpétuellement se dresse en sa pensée « quand il établit sa note d'honoraires. Son seul objectif « est de réclamer un prix inférieur à celui que réclame- « rait son concurrent dont il jalouse souvent la supé-

(45) *Médecin de France*, 1933, p. 82.
(46) *Presse Médicale*, juill. 1937.

« riorité professionnelle. C'est une perpétuelle lutte, non « pas par humanité pour quelqu'un, mais contre quel- « qu'un » (47).

Mais les tarifs syndicaux minima *ne sont pas obligatoires pour le juge* qui doit évaluer les honoraires d'après « les services rendus, la nature de la maladie, la « situation sociale et la fortune du malade, l'éloignement « du Médecin, sa notoriété et la localité dans laquelle il « exerce » (48).

Quant à la *perception des honoraires*, une fois leur taux justifié par le tarif syndical, le Médecin qui les réclame sera encore soutenu par son Syndicat qui l'assistera dans ses poursuites ou bien les intentera en son nom (49). Il existe à cet effet à la Confédération un « Service d'encaissement et recouvrement des honoraires » (50). Un procès engagé par un Médecin pour se faire rétribuer fait toujours mauvais effet auprès de la clientèle. Au contraire l'action impersonnelle et toute professionnelle du Syndicat semble naturelle à tous, puisqu'elle se voit dans la majorité des corporations. Du reste, tandis que le plus souvent le Médecin ignore le Droit, au Syndicat se trouvent des conseillers spécialisés dans ces questions. Il semble bien que l'avenir réserve aux Syndicats un large terrain d'action dans la poursuite du paiement des honoraires, où leur activité s'est déjà montrée à l'épreuve très efficace.

(47) *Médecin de France*, 15 juin 1931.

(48) Trib. Bordeaux, 14 févr. 1900 (Rec. Sirey, 20-2-248).

(49) Cf. art. 6 de la loi du 21 mars 1884 et Trib. Civ. Grasse (1re Ch.), 27 mai 1935 (*Gaz. Pal.*, 35-2-341).

(50) *Médecin de France*, 15 févr. 1939, p. 146.

f) Divers avantages matériels assurés aux membres du syndicat

Dès les orignes des Syndicats, dans les débuts du *Concours Médical*, l'idée qui guidait les promoteurs était d'arriver à rapprocher les médecins pour un « concours » de leurs forces intellectuelles, et aussi pour créer une sorte de société de secours mutuels. La société du « Concours médical » commença aussitôt son œuvre d'entr'aide en distribuant, grâce aux cotisations, quelques secours aux confrères malades ou dans la gêne. Ce mouvement n'a fait que s'étendre depuis lors et aujourd'hui existe une Mutuelle Confédérale (51).

A chaque compte rendu des réunions du Conseil d'administration, publiés dans le *Médecin de France,* on note l'allocation de secours parfois importants, aux Médecins arrêtés dans leur travail ou aux familles des confrères décédés. Cette œuvre fonctionne très bien et permet de porter un rapide remède à des situations pénibles.

Par ailleurs la Confédération s'occupe de créer une retraite corporative. Elle entrevoit également la possibilité d'avoir une Caisse d'allocations familiales spéciale au Corps médical (52).

Les Syndicats se sont donné aussi pour tâche de faciliter le plus possible le travail du Médecin en le déchargeant des soucis matériels. C'est pour lui éviter d'avoir à perdre du temps à étudier les polices d'assurances et à se débattre avec les Compagnies que la Confédération a créé en 1935 la *Mutuelle Confédérale d'Assurances des Syndicats Médicaux Français.* Le médecin

(51) V. *supra,* p. 66.
(52) *Presse Médicale,* 5 févr. 1938, p. 202.

doit beaucoup circuler en voiture et c'est encore la Confédération qui lui fournit son huile d'automobile « *Medical oil* », passe des contrats avantageux pour les relations des syndiqués avec les fabricants et obtient des facilités pour les achats et reprises de voitures.

Enfin pour les Etudiants en Médecine, les Syndicats médicaux comme tout Syndicat pour ses membres (53), jouent le rôle de Bureau de placement. Ils y trouvent tous renseignements sur les successions à prendre et les vacances. Leurs études sont facilitées par diverses fondation universitaires.

2° *Moyens d'action*

Les résultats déjà obtenus n'ont pas été réalisés sans mal et on a dû recourir à des procédés variés pour y parvenir. L'impulsion est le plus souvent donnée par la Confédération où des dirigeants actifs incitent les membres à l'action : « Prenons conscience de notre force, « écrit le Dr Cibrie, sachons l'organiser et la discipliner; « apprenons à faire sur quelques points le sacrifice de « nos idées personnelles, et puis, si la lutte devient iné- « vitable, à l'heure H, marchons (54) ».

L'arme dont use le Syndicat professionnel pour obtenir satisfaction à ses exigences, est le recours à la *grève*. Les Syndicats d'ouvriers l'emploient fréquemment pour forcer les patrons à leur accorder soit une augmentation de salaire, soit le renvoi d'un de leurs camarades, soit toute autre requête. Les Syndicats médicaux ont souvent pensé à recourir à la grève et en ont menacé le Gouvernement, notamment pour obtenir satisfaction à leurs

(53) Code du Travail, liv. Ier, art. 84.
(54) *Médecin de France*, 1933, p. 2.

demandes au sujet de la loi sur l'exercice des étrangers et de la « Retraite Pomaret ». Mais il est évident que s'ils mettaient leur menace à exécution, ce serait une « calamité horrible » (55). Cependant il en a été fait une application de façon assez particulière. Le Médecin est en rapport, quant au paiement de ses honoraires, avec diverses collectivités, sociétés de secours mutuels, administrations, compagnies d'assurances (56). Quand ces collectivités refusent d'accepter les conditions offertes par le Syndicat, celui-ci a quelquefois décidé la grève. Les Médecins syndiqués refusent alors de reconnaître les règlements et même l'existence de ces collectivités, mais ils continuent de donner leurs soins à tous les malades qui sont alors soignés comme des clients ordinaires au tarif commun (57).

Les avoués et les avocats refusent ainsi parfois de prêter leurs services quand un de leurs confrères est en cause. Dans ce cas, le Tribunal désigne d'office un avoué ou un avocat d'une ville voisine. Ce système serait bien difficile à appliquer en Médecine, car il ne s'agit plus seulement de comparaître à une audience, mais de se tenir continuellement à la disposition du public. Pourtant la Police peut requérir d'office un Médecin pour un constat légal, mais une réquisition pour recevoir la clientèle publique, ne serait possible qu'en temps de guerre.

Un procédé bien plus efficace et employé quotidiennement est *l'intervention des Syndicats dans les procès* où les médecins sont mis en cause ès-qualités. La loi du 21 mars 1884 (art. 6) dispose expressément que les Syndicats ont le droit d'ester en justice et qu'ils peuvent y

(55) *Concours Médical*, 1884, n° 16 (Dr Surmay).
(56) V. *infra*, ch. III.
(57) Dr Paul Boudin, *op. cit.*, p. 83.

défendre leurs intérêts économiques (art. 3). Le syndicat peut intervenir de différentes façons. D'abord par une *action directe*. Aujourd'hui la question ne se pose plus de savoir si l'intérêt syndical n'est que la somme des intérêts particuliers de ses membres; on reconnaît unanimement qu'il existe une *action syndicale* (58) pour assurer la défense de la profession quand ses intérêts supérieurs ou sa dignité ont été atteints. C'est dans ce sens que décide le tribunal de Laval, qui admet qu'un Syndicat départemental de Médecins « est recevable à « demander la réparation à un Syndicat de pharmaciens « de l'imputation de compérage contenue dans une « note... laissant planer un soupçon sur l'ensemble du « corps médical du département et étant de nature à « affecter les intérêts collectifs de la profession, ainsi

(58) Pourtant il y a eu de véhémentes controverses avant que ce point soit absolument admis. Rappelons l'arrêt de Domfront (1885) qui refusait même le droit de se syndiquer, aux médecins. En 1902, l'arrêt de Grenoble (v. p. 22) accorde des dommages-intérêts à un syndicat médical qui attaquait un de ses membres. M. Planiol qui a annoté cet arrêt a toutefois critiqué que l'action exercée collectivement par le syndicat ait été reçue. La conduite du médecin dissident causait préjudice à chaque médecin individuellement. Le syndicat n'est pas médecin et n'a pas d'intérêts professionnels autres que ceux de ses membres. Il ne peut subir qu'un préjudice moral et obtenir des réparations morales (insertions dans les journaux). L'indemnité devait donc être partagée entre les praticiens qui avaient souffert un préjudice. Mais la jurisprudence a maintenu son point de vue et les Chambres Réunies de la Cour de Cassation ont rendu, dans le même esprit, un arrêt du 5 avril 1913 (S. 1920-1-49) que M. Mestre a commenté. M. Mestre voit dans l'action syndicale le signe incontestable d'une évolution sociale vers « l'autorité, la puissance du groupement » dont les intérêts existent indépendamment de ceux de ses membres. Quant aux dommages-intérêts attribués par les Tribunaux aux syndicats, M. Mestre les considère comme une sorte d'amende, plutôt qu'une réparation : ainsi l'action civile du syndicat se rapprocherait de l'action publique.

Aujourd'hui la question ne se pose plus la loi du 12 mars 1920 (art. 5 nouveau) est expresse (art. 2, liv. III du oCde du Trav.).

« qu'à jeter le discrédit sur l'exercice de ladite profes-
« sion » (59).

Mais quand un praticien est personnellement atteint dans les droits ou intérêts de sa profession, qu'il intente lui-même un procès ou qu'il soit attaqué personnellement par un tiers, le Syndicat, représentant le corps médical, indirectement touché, peut intervenir comme *partie civile*. La Cour de Cassation le dit expressément: « Attendu que la loi du 12 mars 1920 dispose que les « Syndicats peuvent, devant toutes les juridictions, exer-
« cer tous les droits réservés à la partie civile, relative-
« ment aux faits portant un préjudice direct ou indirect
« à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent
« (60) ». Il en est de même quand l'action contre un Médecin est intentée par le Ministère public.

Toutefois les tribunaux refusent aux Syndicats le droit de faire *tierce-opposition* en appel. Ceci a été formellement énoncé par la Cour de Paris le 12 mars 1931 dans une affaire retentissante (61). Une dame L., désireuse de « rectifier son esthétique », avait exigé d'un chirurgien qu'il lui amincît les chevilles. Mais l'opération s'avéra très pénible et le danger de gangrène obligea à amputer le membre opéré. La patient cita le praticien en justice et demanda des dommages-intérêts, alléguant qu'elle n'avait pas été prévenue du caractère de gravité que pouvait revêtir l'opération. Elle obtint satisfaction. En appel, le Syndicat des Chirurgiens des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique voulut intervenir, demandant à la Cour de dire qu'un chirurgien

(59) Trib. Civ. Laval, 18 nov. 1932, p. 308.

(60) Cass. Crim., 1er mai 1931, *Gaz. Pal.* 1931-2-125, et Crim., 17 nov. 1927, D. H. 1928-37.

(61) Cour de Paris, 12 mars 1931-2-129, note de M. Perreau.

ne commet pas de faute lorsque l'opération se présente dans des conditions scientifiquement et pratiquement possibles. Mais la Cour jugea cette tierce-opposition *irrecevable* « considérant que le principe de la liberté « de la chirurgie n'est pas en cause dans le litige, où se « pose simplement la question de savoir si un chirurgien « encourt une responsabilité quelconque ». On peut remarquer qu'on avait de même rejeté l'intervention en appel d'un Syndicat de Médecins demandant la réforme d'un jugement afin de ne pas laisser créer un précédent sévère contre le corps médical (62). Il était pourtant certain dans l'affaire L. que la Cour aurait eu intérêt à être éclairée par les conclusions du Syndicat et que la profession médicale, que le Syndicat représentait, était touchée par le jugement en question et aurait dû pouvoir se défendre.

L'activité des Syndicats médicaux et particulièrement de la Confédération, se manifeste encore par ses interventions *auprès du Gouvernement*. L'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892 spécifiait que les Syndicats médicaux ne sauraient être opposables « à l'Etat, aux départements, ni aux communes ». Cependant, avec le temps, les raisons qui dictèrent cette précaution ont disparu ou se sont atténuées; et aujourd'hui les interventions auprès de l'Etat sont aussi fréquentes que variées. Les Syndicats sont en principe en marge de la Constitution : le Gouvernement peut les convoquer, les écouter, puis ne tenir aucun compte de leurs avis. Seules l'Académie de Médecine, qui doit être consultée dans des cas définis, et la Faculté qui délivre les diplômes au nom de l'Etat français, ont une existence officielle. Mais en fait ces deux

(62) Riom, 5 févr. 1929, *Gaz. Pal.*, 1929-1-649.

corps n'ont qu'une action scientifique ou pédagogique, aucun rôle dans la vie quotidienne médicale ni dans la défense professionnelle.

En pratique c'est aux Syndicats médicaux que les lois récentes tendent à donner de plus en plus une existence quasi-officielle; elles les invitent même à envoyer un certain nombre de délégués à différentes commissions officielles : le Conseil supérieur des Assurances sociales (loi du 30 avril 1930, art. 68, al. 8), Conseils supérieurs d'Hygiène sociale (décret du 12 janvier 1938), de l'Assistance publique, de la Mutualité (loi du 1er avril 1898, art. 34); Commission spéciale de la Tuberculose (arrêté du Ministre du Travail, J. O. 25 avril 1939), etc... (63). Ainsi on peut dire aujourd'hui que les Syndicats médicaux font entendre leur voix dans toutes les matières où le Médecin a un rôle à jouer.

Par ailleurs la Confédération déploie une grande activité auprès des ministres avec qui elle est en rapport, par des lettres, des questions écrites au J. O., des entrevues.

Dans la défense des intérêts professionnels des Médecins, les Syndicats médicaux ont donc rempli un rôle extrêmement important et efficace. Les excellents résultats déjà obtenus dans différentes matières, et les initiatives heureuses qu'ils ont prises, militent en leur faveur. Il faut désormais leur faire confiance pour la réalisation dans l'avenir de tous leurs projets.

Il faut enfin noter que la *Presse médicale* syndicale est un auxiliaire précieux de cette défense professionnelle. A part les numéros courants, le *Médecin de France*, organe de la Confédération (64), édite des numéros spé-

(63) V. *infra*, chap. III.

(64) V. *supra*, p. 28.

ciaux consacrés à diverses questions importantes qui y sont complètement approfondies (par exemple le numéro de Mai 1931, intitulé « Le Contrôle médical ») et qui sont adressés à tous les Médecins, syndiqués ou non. Les « Bulletins » publiés par les groupements syndicalistes régionaux ou de spécialistes collaborent également à cette œuvre. Enfin les journaux médicaux en général se font les échos du travail réalisé dans les Syndicats et offrent leurs colonnes aux divers comptes rendus et suggestions émanant du mouvement syndical.

CHAPITRE III

L'APPLICATION DES LOIS SOCIALES ET LES SYNDICATS DE MÉDECINS

Section I

Principes : LA CHARTE MÉDICALE

La maladie a toujours inspiré la pitié. C'est sous l'influence du principe chrétien de Charité que furent créés les premiers Hôtels-Dieu où étaient donnés les soins aux indigents. Longtemps la protection des malades fut ainsi laissée à la bonne volonté des initiatives privées. Mais depuis trois quarts de siècle, l'Etat a progressivement pris la charge de veiller, par différents procédés, à la santé d'une grande partie des citoyens. Dans cette œuvre, les Pouvoirs publics, s'ils ne sont pas inspirés par un élan de fraternité ou de philanthropie, le sont néanmoins par la nécessité de tirer le meilleur parti possible des forces de la Nation. On a compris qu'il convient, surtout devant une population en décroissance, de maintenir aussi parfaite que possible la Santé publique par la *Médecine préventive;* d'assurer aux citoyens malades des facilités pour se soigner, se guérir afin que leurs forces amoindries soient rapidement récupérées; c'est le rôle de la *Médecine curative.*

Dans cet esprit on a vu apparaître en France, surtout pendant ces dernières années, de nombreuses « lois sociales ». Ces lois, votées par fragments successifs, et dont la revision s'est souvent avérée nécessaire, sont sans cesse perfectionnée par de nouvelles dispositions. Elles tendent aujourd'hui à se rapprocher, à se compléter et peut-être un jour prochain, aurons-nous ainsi un Code de la Santé publique ou bien un Code social plus vaste, dont la protection de la santé publique constituera une partie.

On peut du reste voir actuellement à l'étranger, sous la même impulsion, des manifestations tendant à conserver non seulement la santé publique, mais plus, l'intégrité de la race (racismes allemand et italien). Dans ces pays de régime autoritaire, les lois sont bien plus impératives et plus inquisitoriales qu'en France. On peut le constater en ce qui concerne la conservation de la race aryenne en Allemagne (1).

On appelle « Médecine Sociale », la médecine dérivant de l'application des lois sociales. Il convient d'étudier les différents problèmes qu'a soulevés successivement en France cette Médecine et la façon dont les Syndicats médicaux sont intervenus pour les résoudre (2).

A. Evolution

Il est évident que, de nos jours, la tendance générale, qui se retrouve d'ailleurs dans tous les domaines, con-

(1) Cf. *Mein Kampf* de M. Adolf Hitler. Il est vrai qu'il y a aussi dans son entreprise une épuration à base plus politique que médicale.

(2) On pourrait dire en un sens que toute médecine est sociale, puisque la façon dont on soigne les individus a toujours une répercussion dans la société actuelle et sur la postérité à venir du malade.

siste à substituer l'action d'une collectivité à celle de l'individu. De même que l'action du travailleur isolé a fait place en matière de défense professionnelle à l'action syndicale, de même la défense de la santé d'un grand nombre de citoyens n'est plus abandonnée à l'initiative individuelle, mais assurée désormais par les Pouvoirs publics. Sous l'influence croissante des principes socialistes, l'Etat français a élaboré successivement les « lois sociales » qui assurent la défense nationale contre la maladie pour les trois quarts de la population.

Le nivellement qui tend à se réaliser lentement dans la Société française depuis la Révolution et qui a été accentué depuis la guerre par l'effondrement de nombreuses fortunes, en mettant un nombre toujours plus grand d'individus au rang de salariés, augmente la foule des « économiquement faibles », selon un mot moderne. Pour ceux-ci, l'Etat a créé des assurances contre les risques professionnels, contre la maladie, comme il protège les indigents contre la morbidité.

Le rôle du Médecin en ces matières peut être considérable. Il ne se borne pas à dispenser ses soins, il doit intervenir comme protecteur scientifique et conseiller technique de la communauté. C'est lui qui doit guider la rédaction de la loi sociale : lui seul peut apprécier la durée et l'importance des incapacités à prévoir, la nature des soins à donner, le perfectionnement même de la nouvelle loi; c'est lui qui fait accomplir ses premiers pas à cette loi, qui met en mouvement les rouages tout neufs et c'est encore et surtout lui qui peut faire apparaître au jour les imperfections susceptibles d'être corrigées (3).

(3) *Médecin de France*, 1932, p. 900 (loi des assurances sociales).

Mais toute action isolée est limitée quant à son rayonnement social et l'action individuelle d'un Médecin ne peut assurer seule l'élaboration, la bonne marche ni le perfectionnement des lois sociales: le rôle de coordination revient au Syndicat dont l'action est bien plus étendue. Le Syndicat n'est pas limité aux différents domaines strictement professionnels. Son rôle légal étant d'assurer la défense des intérêts de la profession, il doit suivre l'évolution sociale et défendre ses membres, le cas échéant, contre des lois mauvaises ou fonctionnant mal et assurer ainsi et indirectement pour le bien de tous, le meilleur rendement de la Médecine sociale (4).

Devant l'apparition des nouvelles lois, le corps médical, représenté par ses Syndicats, pouvait adopter différentes attitudes :

1° Prendre en charge les organisations techniques. Mais de l'avis même de la Confédération, le corps médical syndiqué n'est pas encore assez évolué à cet effet.

2° Ignorer les lois et s'opposer à toute œuvre sociale. Mais les Syndicats ont compris que ce serait aller contre l'intérêt général de la société et ils ont d'eux-mêmes tendu la main.

3° Collaborer loyalement avec l'Etat en exigeant le respect de la « *Charte médicale* ».

C'est la dernière solution qui a été adoptée. A la Confédération, le Conseil d'administration a décidé le 3 juillet 1932 de créer une *Commission d'action sociale*, qui veille à ce que ce rôle de collaboration soit bien rempli (5).

(4) *Médecin de France*, 1932, p. 895.
(5) *Id.*, 1932, p. 495 et 1025.

Donc les Syndicats médicaux ont mis à leur collaboration aux lois sociales certaines conditions qui se résument en celle-ci : le respect de la « Charte médicale » (6). La Confédération a, en effet, élaboré une série de principes qu'elle juge indispensables à une bonne médecine et qu'elle rappelle souvent par la voix du *Médecin de France*. En défendant ces principes, elle protège encore ses intérêts professionnels, mais assure aussi la collaboration loyale du corps médical aux lois sociales qui les admettent.

B) Les principes syndicalistes en médecine sociale

La *Charte médicale* comprend les principes suivants: le libre-choix de son Médecin par tout malade, le respect du secret professionnel par le praticien, l'entente directe, quant aux honoraires, entre le Médecin et le malade, la liberté de prescription et de thérapeutique, un régime spécial à l'hôpital, l'organisation d'un contrôle technique confié aux Médecins.

a) *Le libre choix*

Le malade bénéficiaire des lois sociales, assuré ou assisté, doit être libre, comme tout client ordinaire, de choisir le Médecin qu'il juge le plus apte à le comprendre et à le soigner. Tel est le premier principe posé par les Syndicats médicaux. Il semblerait peut-être au premier abord qu'il importe peu que ce soit tel ou tel docteur que l'on charge de soigner une catégorie de patients. Si l'on met hors de doute la valeur professionnelle, en recrutant les praticiens par un concours qui sélection-

(6) Cf. *Presse Médicale*, 12 mars 1930, p. 366.

nera les meilleurs, on peut supposer que les malades ne peuvent qu'être satisfaits du médecin qui leur est imposé. Mais la Médecine est chose bien plus délicate et complexe. On a bien souvent comparé la consultation médicale à une confession, qui comporterait même la pénitence par la sévérité du traitement. Il faut que le malade se sente en confiance avec son Médecin, qu'entre eux se réalise une collaboration sans réticences, pour mener à bien un diagnostic sûr et un traitement judicieusement adapté. Il est certain que dans un domaine où la franchise est tellement indispensable, il faut laisser le malade aller de lui-même vers celui en qui il a foi, devant qui il n'hésitera pas à avouer ses souffrances les plus secrètes, ses tares, parfois même ses fautes. La tâche du Médecin se trouve par là facilitée et son action plus sûrement efficace.

Se plaçant à un point de vue strictement professionnel, les Médecins ont également voulu, en réclamant le respect du libre choix, éviter que les divers organes chargés de l'application des lois sociales ne s'adjoignent des Médecins qui monopoliseraient une bonne part de la clientèle au détriment de leurs confrères; ceux-ci verraient leurs clients disparaître du jour où ils entreraient dans la classe des assistés ou assurés.

Donc libre choix pour réaliser une Médecine efficace (7) et lutter contre le monopole de quelques Médecins

(7) Le Tribunal de Bordeaux a rendu récemment un jugement qui porte une grave atteinte au principe du libre choix en médecine sociale : le Syndicat de la Gironde était en pourparlers avec une mutualité pour organiser un service médical dans une clinique fondée par la mutualité. L'accord ne s'étant pas fait, la société de secours mutuels décida de recourir à un système d'équipe pour assurer le service dans son établissement. Le Syndicat déclara qu'il excluerait tout adhérent qui accepterait d'y collaborer dans ces conditions, le système d'équipe cons-

sur les lois sociales. Cette conquête est réalisée dans un esprit particulièrement libéral, puisque jamais les syndicats n'ont demandé que le libre choix soit limité à leurs membres : tout Médecin, syndiqué ou non, doit pouvoir être librement choisi par les malades.

Enfin le libre choix doit être respecté par les Médecins eux-mêmes qui doivent s'interdire le racolage de clientèle.

b) *Le secret professionnel*

La question du secret professionnel est étroitement liée à celle du libre choix. Quand le malade a choisi le Médecin qui lui convient le mieux, pour que la consulta-

tituant une « violation flagrante de la charte médicale, à savoir, le libre choix ». Le Dr M... qui avait accepté cette collaboration, se vit exclure du Syndicat, il demanda des dommages-intérêts. Le Tribunal de Bordeaux, dans son jugement du 3 janvier 1938, considéra que les statuts du Syndicat ne contenaient rien concernant l'obligation pour les membres de respecter le libre choix ; que malgré les demandes du corps médical syndiqué, aucune loi n'était intervenue pour assurer l'exécution du libre choix et qu'en l'état actuel de la législation, ce principe ne fait pas partie de la déontologie ni de la morale médicales.

Le Syndicat avait émis une demande subsidiaire selon laquelle les statuts obligeaient tous les syndiqués à se soumettre aux décisions de l'Assemblée générale, prises conformément aux statuts.

Le Tribunal a répondu que les syndicats médicaux existent pour la défense des intérêts professionnels des médecins. La règle du libre choix ne peut figurer dans les principes dont la violation porte atteinte aux intérêts professionnels. Une semblable règle se trouverait du reste en contradiction avec les organisations hospitalières puisque dans tous les hôpitaux et même les établissements privés, le malade n'a jamais la possibilité de choisir celui qui devra le soigner. Les juges de Bordeaux en ont conclu que, non seulement le libre choix ne figurait pas aux statuts, mais qu'*il n'aurait pas pu y figurer, sous peine de nullité*, parce qu'il ne constitue pas un intérêt professionnel des médecins. Le demandeur n'avait pas à se soumettre à une décision *illégale* de l'Assemblée générale. Le Tribunal ordonna la réintégration du Dr M... et accorda 1 franc de dommages-intérêts au demandeur.

(*Paris Médical*, 19 nov. 1938, p. 381.)

tion soit pleinement efficace, il faut encore que le malade soit sûr que ses confidences ne seront pas divulguées. S'il a la moindre crainte à ce sujet, il se fera réticent, n'osera pas avouer son état, préfèrera ne pas se soigner ou se confiera à des « charlatans » soi-disant plus discrets.

Ce danger est connu depuis longtemps (8) et le Code pénal de 1810 sanctionne par de fortes amendes et même par l'emprisonnement les « médecins, chirurgiens et autres officiers de santé... qui auront révélé ces secrets » (art. 378). Le principe paraît très simple. Dans la pratique, que de difficultés ! Le problème a, en effet, un aspect social par sa répercussion sur la santé de tous. Il se présente des cas où la santé du client n'est plus la seule en jeu et où le respect du secret médical devient un danger pour les autres. Quand une personne est atteinte d'une maladie contagieuse, doit-on continuer à taire son mal et la laisser contaminer son entourage ? Si respectueux que l'on soit de la liberté individuelle, ne peut-on admettre les cas où le principe doit s'effacer devant la nécessité sociale ? La loi est intervenue : elle délie le Médecin du secret professionnel pour une liste de maladies contagieuses (9) ; mais ce sont là des textes d'exception et le praticien n'est relevé du secret que dans la mesure nécessaire à la défense sanitaire (10). Un décret du 30 octobre 1935 (11) rappelle cette obligation

(8) Cf. le « Serment d'Hippocrate ».

(9) Cette liste est établie par décret sur rapport du Ministre de la Santé publique, après avis de l'Académie de Médecine et du Conseil supérieur de l'Hygiène publique de France (art. 15 de la loi du 30 nov. 1892).

(10) Crim., 13 mars 1897 (D. P. 1897-1-233).

(11) Soumis à la ratification des Chambres.

pour les Médecins de déclarer les maladies contagieuses et édicte comme *sanction* les peines établies par l'art. 471 du Code pénal, c'est-à-dire l'amende de 1 à 5 francs.

La question du secret médical revêt un caractère particulier en Médecine sociale où intervient toujours un tiers qui doit supporter en définitive la charge des soins donnés aux « économiquement faibles ». Le « tiers payant » veut que les honoraires qu'on lui demande soient justifiés par la preuve que le nombre des consultations n'est pas abusif : il multiplie les exigences de certificats, par méfiance envers les assurés et assistés; mais le danger d'une entente frauduleuse entre malades et Médecins subsiste, malgré ces précautions. Comment contrôler les actes médicaux sans s'immiscer dans le traitement, sans violer le secret médical ? La solution toute simple en a été trouvée : on confie le contrôle à des Médecins, tenus eux-mêmes au secret envers le commettant, comme envers toute autre personne. Ainsi le malade, certain que son état ne sera pas révélé, se confiera en toute sincérité, ce qui permettra un traitement convenable.

On a critiqué le secret médical, parce qu'il n'existe pas à l'étranger, il apparaît à certains comme une institution désuète, en désaccord avec nos conceptions modernes de l'hygiène et de la science médicales. Pourtant les Syndicats ont toujours insisté pour qu'il soit maintenu et que les lois sociales le respectent scrupuleusement. Ils le considèrent d'ordre public et il est probable que c'est le seul système compatible avec le tempérament français, très indépendant, et qui s'accommode mal des méthodes inquisitoriales employées dans des Etats voisins.

c) *L'entente directe quant aux honoraires*

L'entente directe consiste en l'accord libre sur la question des honoraires entre le Médecin et son client (12). L'acte médical en Médecine sociale met en présence trois éléments : le consommateur (malade), le fournisseur (médecin), le payeur (collectivité ou caisse) (13). Il s'agit de savoir avec qui et à quel taux le Médecin fixera le montant de ses honoraires et de qui il les recevra. Divers intérêts sont en présence : celui du malade qui, ayant droit au libre choix de son Médecin, désire que la collectivité prenne la charge des honoraires réclamés, quel qu'en soit le montant; celui du Médecin qui veut obtenir des honoraires en rapport avec ses titres et sa renommée; celui du payeur qui désire débourser le moins possible.

Les débuts de la Médecine sociale furent à cet égard une véritable exploitation des Médecins par les collectivités. Les municipalités mettaient en adjudication l'assistance médicale gratuite aux indigents et c'était le Médecin le plus besogneux et le moins scrupuleux qui, offrant le tarif le plus bas, obtenait la préférence. Ces pratiques n'ont du reste pas complètement cessé.

On distingue trois types parmi les divers systèmes appliqués aujourd'hui à l'assistance médicale gratuite : le système alsacien, le système landais et le système vosgien (14).

Le *système alsacien* établit une division du département en circonscriptions, pour chacune desquelles le

(12) *Médecin de France,* 1935, p. 969.

(13) Guérin, *op. cit.,* p. 123.

(14) Mlle de Maulde, thèse droit, Toulouse, 1937, *Interventions des Syndicats médicaux dans la Médecine publique et sociale,* p. 28 ss.

Préfet désigne un Médecin; ce praticien est chargé d'y soigner les indigents moyennant une somme forfaitaire. Le procès de ce système est immédiatement fait par les Syndicats puisqu'il comporte la négation du libre choix et l'entente directe, éléments fondamentaux de la charte médicale. Il convient de noter que c'est pourtant le système usité aujourd'hui encore en Alsace-Lorraine où les Médecins sont les véritables subordonnés des caisses et des administrations.

Dans le *système landais*, un règlement est élaboré par l'Administration; les Médecins qui s'y soumettent pourront soigner les assurés ou assistés, mais leur rémunération sera établie par l'*abonnement*, c'est-à-dire par une somme dont le montant variera annuellement et suivant les régions, d'après le nombre des personnes susceptibles de recourir à leurs soins. Le système exclut donc encore l'entente directe puisque la somme est versée au praticien par un « tiers payant » et qu'elle demeure la même quel que soit le nombre des consultations effectivement données. Le libre choix est limité aux Médecins adhérents.

Enfin le *système vosgien* comporte la même adhésion à un règlement préétabli, mais dans ce cas le paiement est effectué à la visite, c'est-à-dire en proportion du nombre des visites réellement faites. Il est évident que c'est ce dernier système qui rallie les suffrages des Syndicats médicaux, puisque c'est celui qui se rapproche le plus de la charte médicale. Le malade peut choisir entre les Médecins adhérant au règlement et le Médecin n'est pas rétribué à forfait, mais en proportion du travail réellement fourni.

La question demeure entière de savoir comment sera fixé le *tarif de consultation*. En ce domaine, plus qu'en tout autre, le Médecin a dû se débattre pour ne pas être l'objet d'une exploitation et faire admettre la valeur de son travail. Il n'y a vraiment aucune raison de faire retomber sur les titulaires d'un diplôme de doctorat en Médecine la plus lourde part de l'entr'aide sociale. Le Médecin paie ses impôts comme les autres citoyens et le législateur fiscal est loin de le favoriser; par là il est libéré de toute obligation sociale supplémentaire (15). On ne voit vraiment pas pourquoi les collectivités qui ont la charge de payer les frais des lois sociales, veulent forcer le Médecin à faire de la philanthropie obligatoire au détriment des intérêts matériels de sa propre famille.

C'est par une lutte ardente et tenace que les Syndicats sont arrivés à faire admettre assez souvent la nécessité de respecter en Médecine sociale, comme ailleurs le « tarif syndical », comme base des remboursements (16).

L'intérêt public est d'ailleurs lié à ce que le Médecin ait des honoraires raisonnables; admettre le contraire, c'est exciter le Médecin à voir le plus de malades possible, en réduisant en conséquence le temps des consultations : consultations faites trop vite, mal faites; à absorber dans ses visites toutes les heures qu'il devrait consacrer à son perfectionnement technique. C'est risquer de confier la santé des bénéficiaires des lois sociales à des Médecins sans valeur, voire sans scrupule,

(15) On peut dire que le médecin, comme l'avocat, dissimule facilement ses revenus réels ; mais c'est par un perfectionnement de la législation fiscale qu'on doit y porter remède, et non en l'accablant sous des charges qui pèsent sur tous sans discernement.

(16) V. *supra*, p. 66.

ce qui serait contraire à l'esprit qui a guidé l'élaboration de ces lois.

Qui doit payer ? Le syndicat condamne formellement l'intervention d'un « tiers payant ». Il semblerait pourtant que le Médecin doive y trouver une garantie de paiement. En réalité, ici encore, l'intervention d'un payeur est une atteinte à la sincérité de la consultation. Celui qui paye veut avoir de plus en plus de précisions pour légitimer sa dette, le danger d'une inquisition est imminent. Si le malade sait que la collectivité payante est susceptible d'être en relation à son sujet avec son Médecin, il ne se sentira plus en confiance, il craindra les indiscrétions. Le meilleur système est donc le paiement *direct* par le malade à son Médecin, avec la perspective pour le client de se faire rembourser sur pièces justificatives par la caisse d'assurance ou d'assistance.

Enfin il conviendrait, pour éviter les abus de l'usager assisté ou assuré qui pourrait être tenté de multiplier les consultations pour le moindre malaise, de le faire contribuer pour une part, si modique soit-elle, aux frais médicaux. Cela éviterait les appels au Médecin à tout propos pour obtenir des jours de repos, des fortifiants (on a remarqué que les maladies indéfinies se multiplient au moment des fêtes et tendent à atteindre, sans toutefois la dépasser, la durée du congé payé de maladie annuel).

d) *Liberté de prescription et de thérapeutique*

Les syndicats médicaux réclament encore le droit de prescrire aux assistés et assurés, comme aux malades ordinaires les traitements et les médicaments correspon

dant à leur cas, quel que soit leur prix, sans tenir compte que le patient est « économiquement faible ». Cette demande est tout à fait justifiée au point de vue humanitaire. Il convient que les progrès de la science soient mis à la portée de tous.

e) *L'Hôpital et les lois sociales*

C'est là un des problèmes les plus délicats soulevés par la Médecine sociale. En principe l'hôpital est réservé aux pauvres, il sert à réaliser l'assistance médicale gratuite, par ses consultations où viennent les indigents inscrits aux listes d'assistance et par ses lits où sont accueillis les malades pauvres qu'on ne peut soigner à domicile, ou qui doivent subir une opération. Les frais médicaux en sont supportés par les communes, les départements et l'Etat, suivant que le domicile de secours du malade est communal, départemental ou national, c'est-à-dire en définitive par les contribuables.

Les différents règlements qui régissent la matière prévoient que le département a un recours contre les personnes non indigentes qui se sont fait soigner à l'hôpital ou contre les collectivités, patrons et autres personnes soumises à l'obligation alimentaire, qui répondent de leurs frais de maladie (17). Une telle faculté de recours est légitime, car on ne peut laisser à la charge des contribuables l'entretien de malades non indigents. Mais comme l'hôpital offre des garanties quant aux soins et à l'aseptie générale, qu'on ne peut que difficilement réaliser dans une maison particulière, il y a tout intérêt à en faire bénéficier les « économiquement faibles »

(17) Cette action est prescriptible par trente ans.

dans la mesure où la place est laissée par les indigents. L'hôpital n'inspire plus de nos jours l'horreur qu'évoquait Verlaine : « L'Hôpital, avec un grand H; l'idée « atroce, évocatrice d'une indicible infortune de l'hôpi- « tal moderne, pour le poète moderne, qui ne peut à ses « heures de découragement que le trouver noir comme « la mort, et comme la tombe, et comme la croix tom- « bale, et comme l'absence de charité, votre hôpital « moderne tout civilisé que vous l'ayez fait, hommes de « ce siècle d'orgueil, de boue et de crachats ! »

Les Syndicats protestent justement contre la trop grande facilité avec laquelle on admet dans les hôpitaux tous malades, même ceux qui pourraient se faire soigner chez eux ou dans une clinique privée, mais qui préfèrent obtenir à bon compte les soins des mêmes Médecins dans un établissement hospitalier, alors que les praticiens n'y sont rétribués que dans des conditions insuffisantes, presque comme s'il s'agissait toujours d'indigents. Les assemblées syndicales se font l'interprète de ces protestations: « Non seulement on admet « nos clients avec une facilité déplorable dans les hôpi- « taux, disait le Dr Fievez en 1936, mais on fait de ces « hôpitaux de véritables maisons de santé, qui sont « mises à la disposition des malades, on ne fait pas « attention à leur situation économique, on ne cherche « pas même s'ils sont riches ou pauvres, on commence « par les admettre (18) ».

En 1937 s'est fondé un Syndicat national des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux publics, nommés au concours. Le but de ce syndicat est de grou-

(18) *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens,* juillet-août 1936, p. 163.

per les membres du corps médical hospitalier français, en vue de la « défense commune de leurs droits et intérêts moraux et matériels, d'assurer et de maintenir leur solidarité, d'étudier la préparation et l'application des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique, d'entrer en rapport avec les pouvoirs publics et autorités compétentes et toutes collectivités médicales et administrations publiques ou privées » (19). La Confédération a nommé en 1935 une *commission hospitalière* chargée d'étudier la question (20). Ce que le corps médical syndiqué réclame, c'est que les bénéficiaires des lois sociales soignés dans les hôpitaux aient, comme les autres, le libre choix et l'entente directe (21) avec leur praticien : ici encore le Médecin rappelle qu'il n'y a pas de raisons valables pour le rendre « philanthrope malgré lui » en soignant pour un salaire de famine des individus qui ont les moyens de payer le tarif normal, ou dont les collectivités responsables doivent assumer les frais, comme pour ceux qui se font soigner chez eux.

Il y aurait pourtant, semble-t-il un intérêt à faciliter l'admission de malades payants dans les hôpitaux, en favorisant le développement des chambres particulières. Ces malades seraient soignées comme en clinique privée; ils pourraient faire venir le praticien de leur choix; ils paieraient leur pension à l'établissement et seraient en outre tenus des frais de Médecine et de Chirurgie, qui seraient tarifés selon les principes de l'entente directe

(19) *Presse Médicale*, 25 mars 1939.

(20) *Médecin de France*, 1935.

(21) L'entente directe à l'hôpital a été interdite par une circulaire du Ministère de la Santé publique à la suite d'un arrêt du Conseil d'Etat de 1936 (*Médecin de France*, 15 janv. 1939, p. 82).

(22). Ainsi les Médecins ne pourraient arguer d'une exploitation et les particuliers trouveraient souvent leur intérêt à n'avoir pas à aller chercher au loin une clinique dont le luxe coûte cher, ayant à proximité un hôpital dont les garanties d'hygiène et d'organisation seraient satisfaisantes.

f) *Le problème du contrôle en médecine sociale*

Le problème se trouve clairement exposé dans le *Médecin de France* de l'année 1936 (p. 573). « La méde-« cine sociale implique un contrôle... Ces collectivités « publiques ou privées ne sauraient payer ces presta-« tions à l'aveugle. Elles sont en droit d'exercer un « contrôle correspondant à une double préoccupation : « une préoccupation financière et une préoccupation « sociale. »

Le premier objectif, préoccupation *financière,* est donc d'éviter des fraudes et des abus : certificats de complaisance, visites multipliées, traitements coûteux non justifiés, prodigalité de jours de repos. Le deuxième but visé, préoccupation sociale, est la surveillance des traitements eux-mêmes, pour que le malade soit soigné dans les meilleures conditions possibles. Si l'on considère que le secret professionnel demeure la pierre angulaire de la Charte médicale édifiée par les Syndicats, le problème risque de devenir singulièrement ardu, mais la solution toute naturelle a été trouvée : le contrôle est confié à des Médecins tenus eux aussi au secret professionnel, même envers leur commettant (caisse, société) (cf. p. 85). Les principes d'organisation du con-

(22) Les chambres particulières existent bien dans la majorité des hôpitaux mais les médecins sont rétribués pour ces soins à forfait.

trôle médical se trouvent du reste formulés dans le rapport établi par les secrétaires généraux de la Confédération à la demande du ministre du Travail (23) :

1° Le Médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement;

2° Le Médecin contrôleur ne doit pas faire de clientèle;

3° Le Médecin contrôleur doit être particulièrement instruit et avoir exercé.

4° Les Médecins traitants sont relevés du secret professionnel envers les Médecins contrôleurs.

Tels sont les principes. Mais chaque administration étant libre d'organiser son contrôle, tout en se conformant à ce règlement, il s'ensuit des différences de réalisation qui font que les usagers sont plus ou moins bien surveillés suivant la collectivité dont ils dépendent. Pourtant les premiers résultats sont satisfaisants, de l'avis même des Syndicats médicaux. Le corps des Médecins contrôleurs qui est une réalisation toute récente, puisqu'il n'est apparu qu'avec les lois sociales, a déjà tenu son premier congrès les 19 et 20 juin 1938. Il est probable que les échanges de vues réalisées dans ces réunions ne peuvent que contribuer à améliorer le contrôle en Médecine sociale ainsi que le fonctionnement des lois sociales en général.

C. — L'enseignement des lois sociales et de leur pratique

L'objectif principal des différentes lois sociales votées jusqu'à ce jour a été la protection de la santé pu-

(23) Pour l'élaboration du règlement d'administration publique du 19 mars 1936, concernant l'application de la loi des assurances sociales, v. *infra*, p. 135. (*Presse Médicale*, 10 oct. 1936, p. 1596.)

blique. Il est donc évident que le rôle que le Médecin est appelé à jouer dans leur application est de toute première importance. Mais la pratique a montré que le Médecin ne saurait se limiter à une action purement technique. Le malade qui se présente devant lui ignore le plus souvent les rouages de la loi dont il entend bénéficier, parfois même il se méfie de ses prétendus avantages, il craint d'être entraîné à des frais imprévus, d'avoir des ennuis avec son patron, d'être l'objet de questions indiscrètes du payeur.

C'est le Médecin qui devra prendre la charge de lui expliquer qu'il a un droit, que son intérêt est de le faire valoir, et de lui indiquer les formalités à remplir pour en bénéficier (24). En somme le Médecin a un rôle de coordination entre les organes d'assistance et d'assurance et les usagers.

Mais comment le Médecin lui-même connaîtra-t-il la loi ? Jusqu'à présent, à mesure que les lois sociales étaient promulguées, les praticiens en trouvaient la teneur commentée dans le *Médecin de France* et les divers organes de la presse médicale; c'est ainsi qu'ils se sont mis au courant. Aujourd'hui où elles sont entrées dans les habitudes du public et ont atteint un certain degré de stabilité, il conviendrait que les jeunes Médecins soient instruit au cours de leurs études du maniement de ces lois dont ils rencontreront constamment les applications du jour où ils seront installés. La durée des études médicales a été récemment allongée et portée à six années après le P. C. B. Ne pourrait-on trouver dans cette année supplémentaire le temps de faire aux étudiants un véritable cours de « Médecine sociale », qui

(24) *Médecin de France*, 1932, p. 900.

les initierait aux formalités exigées par l'application des lois sociales ? C'est ce que les Syndicats demandent et on ne peut nier l'intérêt qu'il y a à mettre les Médecins très au courant de cette législation. La Faculté de Médecine de Paris a créé récemment une chaire d'assistance médico-sociale avec cours préparatoire aux futurs Médecins contrôleurs, dont le premier titulaire a été le professeur O. Crouzon (25). Il conviendrait que les autres facultés suivent cet exemple.

D. — Fonctionnarisation des médecins ?

Une des conséquences du développement de la législation sociale, c'est la naissance d'une étroite collaboration entre l'Etat et le Médecin, collaboration inévitable en raison du rôle primordial du Médecin en la matière. Mais les praticiens voient dans ce rapprochement le danger d'une fonctionnarisation.

Déjà on peut considérer comme demi-fonctionnaires les docteurs attachés au titre de conseillers d'hygiène auprès des préfectures, tous les Médecins d'administration (vaccinateurs des lycées et collèges par exemple), ceux qui ont passé un concours pour être chefs de clinique ou assistants dans les hôpitaux et reçoivent à cet effet un traitement, bien qu'ils fassent de la clientèle au dehors. A Paris existent de même des Médecins inspecteurs de l'état civil, nommés par le Préfet de la Seine sur une liste de candidats, présentés par le maire de l'arrondissement, parmi les Médecins de l'Assistance publique de Paris et qui sont rémunérés à la visite (32 francs) en plus d'un fixe annuel de 18.500 frs (26).

(25) *Paris Médical*, 12 févr. 1938, p. V.

(26) Raiga et Félix, *Le régime administratif et financier de la Ville de Paris*, 2e édit. 1936, p. 694.

Il est évident que de tels praticiens sont des fonctionnaires; il convient de remarquer tout de suite qu'il ne s'agit pas là de Médecin traitant à proprement parler: ce sont des inspecteurs qui vérifient si les prescriptions légales sont observées, s'il n'y a rien de suspect à signaler (en particulier les vérificateurs des décès), si les conditions d'hygiène et de salubrité générales sont satisfaisantes. On peut encore voir un début de fonctionnarisation dans l'existence de Médecins contrôleurs des lois sociales.

Est-il opportun d'étendre cette organisation à toute la Médecine et spécialement aux Médecins traitants ? Existe-t-il un intérêt social à avoir des Médecins fonctionnaires ? Le problème a un double aspect. Du point de vue des *usagers*, on peut être séduit par la perspective de soins gratuits à tous. Mais comme pour toute étatisation de services, le poids en retomberait indirectement sur chacun en impôts plus lourds.

Du côté des *praticiens*, on a parfois prétendu que leur organisation en Syndicats était un premier pas vers la fonctionnarisation; l'Etat trouverait là des cadres tout préparés à l'incorporation dans l'Administration. Cette opinion est difficile à accepter; il suffit pour se convaincre du contraire de parcourir les numéros du *Médecin de France*, organe de la Confédération, où chaque page contient une défense contre les attaques de l'Etat (27).

On ne peut en équité s'attarder aux arguments des Médecins qui luttent pour sauvegarder leur indépen-

(27) On peut rappeler que l'art. 13 de la loi du 30 nov. 1892 prévoyait pourtant que le syndicat de médecins ne saurait être opposable à l'Etat, mais ce texte de circonstance a perdu sa valeur pratique.

dance, lutte tout à fait légitime et conforme à leurs intérêts matériels. Ce qu'il convient de savoir, c'est plutôt la mesure dans laquelle la fonctionnarisation des Médecins serait susceptible de profiter au public, puisqu'un des buts principaux des lois sociales est de sauvegarder la santé publique par les moyens les mieux appropriés.

Il semble bien que le maintien de l'*indépendance des Médecins* soit une des conditions fondamentales d'une bonne Médecine. Comment, en effet, établir un statut pour les Médecins qui doivent être à la disposition des malades à tout moment du jour et de la nuit ? Le principe du libre choix implique que le malade doit toujours pouvoir solliciter les soins du praticien qui lui convient; comment répondre que celui-ci « n'est pas de service ? » La santé est chose trop importante pour que l'on puisse y faire entrer des considérations de politique administrative ou financière.

Par ailleurs, alors qu'en Médecine tout est progrès constant, il serait fort à craindre que la fonctionnarisation ne soit une cause d'un ralentissement des efforts que chacun doit faire pour suivre le mouvement de progrès. Assuré d'un traitement et d'une retraite, le praticien sera tenté d'arrêter son perfectionnement au jour où ses études proprement dites se terminent et se contentera du minimum d'effort dans les consultations : certain de sa clientèle, il n'aura plus pour objectif de faire mieux que son confrère. En un mot les bienfaits de la concurrence ne se feront plus sentir et le public en pâtira. Au contraire, le *médecin libre* sera continuellement excité par l'émulation et soutiendra son effort

pour conserver sa clientèle. Ainsi la Médecine curative demeurera en progrès.

Les Syndicats se montrent hostiles à toutes tentatives de fonctionnarisation. On a vu avec quel ensemble ils ont repoussé la proposition Pomaret qui, par une mise à la retraite obligatoire, leur apparaîssait comme un premier pas vers l'étatisation. Mais ils ne se bornent pas à lutter contre les attaques, ils offrent d'eux-mêmes la solution : *l'affiliation obligatoire au syndicat*. La Confédération sera ainsi le représentant de tout le Corps médical et pourra utilement se défendre contre les atteintes portées à la Charte. Mieux vaut la discipline librement consentie dans le cadre du Syndicat que la discipline forcée, imposée par l'Etat. Le Syndicat, vrai représentant de la corporation médicale, assurera les relations entre l'Etat et les Médecins pour le meilleur rendement de la Médecine sociale dans le respect des intérêts du public.

Section II

L'APPLICATION DES PRINCIPES SYNDICALISTES DANS LA PRATIQUE DES LOIS SOCIALES

On entend par « lois sociales » des dispositions établies par le législateur en vue d'améliorer les conditions de vie des travailleurs et des individus « économiquement faibles », en les protégeant notamment contre divers risques. Ces risques contre lesquels intervient la loi sont les risques sociaux, c'est-à-dire ceux qui, en

atteignant la capacité de production du travailleur, causent non seulement une perturbation en lui-même et sur sa famille, mais une répercussion sur la société tout entière, par les charges nouvelles qu'elles entraînent.

Le *risque social* est ainsi un risque dont la société elle-même est en partie responsable et dont elle doit, selon certains, réparation à l'individu touché : c'est par exemple à cause du développement du machinisme qu'apparaissent le chômage et la plupart des accidents du travail. L'homme qui vivait jadis de la consommation de tout ce qu'il produisait ne connaissait pas tous ces maux.

Les procédés qui tendent à porter remède au risque social réalisé ont été établis par des lois successives depuis la fin du siècle dernier jusqu'à nos jours. Ils varient suivant les catégories dans lesquelles on peut ranger les usagers en raison de leurs fonctions et de leurs facultés. Ce sont : la loi sur les Accidents du travail (9 avril 1898) et sur les Maladies professionnelles (25 octobre 1919) qui pourvoient à la réparation du risque purement *professionnel;* les Assurances sociales qui s'étendent sur les *travailleurs en général* (lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 modifiées par de nombreuses lois et décrets-lois) et les protègent contre leur propre imprévoyance; l'Assistance médicale gratuite (lois du 15 juillet 1893, du 13 juillet 1935, décret-loi du 30 octobre 1935) qui ménage des soins gratuits aux *indigents*. La loi des Pensions (31 mars 1919) par les avantages qu'elle offre aux *blessés de guerre,* peut être considérée comme une loi sociale; il en est de même de la loi du 1er avril 1898 qui réglemente les *sociétés de Secours mutuels.*

Il convient d'étudier ces lois tant au point de vue du rôle que les Syndicats de Médecins sont appelés à y jouer, que de la façon dont la Charte médicale y est respectée. On complètera cet essai de Médecine sociale par l'étude des rapports que l'Etat est appelé à avoir avec les Syndicats pour réaliser le maintien de l'*Hygiène publique* dans différents domaines.

§ I. — Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

La loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, met à la charge du patron, en plus de l'indemnité journalière et des rentes éventuelles, les frais médicaux légitimés par les soins aux accidentés du travail. Ces textes font application de la théorie du risque : c'est le patron qui doit supporter les conséquences des perturbations survenues dans l'intégrité corporelle de son ouvrier ou employé, en compensation des services qu'il en tire normalement. La loi du 25 octobre 1919 a assimilé aux Accidents du travail les Maladies professionnelles qui peuvent se déclarer chez les individus dont le travail comporte la manipulation de produits toxiques (par exemple les ouvriers de la métallurgie du plomb qui sont atteints de saturnisme (28).

I. — Dès le premier texte de 1898, le *libre choix* est consacré. « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien (art. 4, al. 2).

(28) Les substances toxiques sont énumérées par la loi du 25 oct. 1929, modifiée par celle du 1er janv. 1931, D. 12 juillet 1936 et 9 déc. 1938.

En pratique le libre choix était entravé par la limite du taux de responsabilité du patron, c'est-à-dire la somme que l'on pouvait lui demander pour les frais de maladie qui était fixée « conformément à un tarif.... établi par arrêté du Ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des *représentants de médecins et de pharmaciens.* » Les Syndicats médicaux avaient donc la possibilité d'intervenir dans la fixation de ce tarif; mais si l'ouvrier désirait s'adresser soit à un non syndiqué, soit même à un syndiqué en lui demandant un traitement qui dépassât les prévisions du tarif, l'excédent lui incombait personnellement, et, comme ses ressources étaient rarement suffisantes pour y répondre, le malade se voyait en pratique refuser le libre choix ou la liberté de thérapeutique, ce que le corps médical critiquait fortement. La loi du 1er juillet 1938, qui est intervenue après 18 années de projets et de discussions, a modifié le texte de 1898 et a remédié à cet état de choses (29). Désormais « le chef d'entreprise est *seul tenu* des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, taxés conformément au tarif » (art. 5 2°). Ce *tarif* est désormais établi par *arrêté du Ministre* du Travail, après avis d'une commission comprenant par quart des représentants des Syndicats de Médecins et de pharmaciens, des Syndicats ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents et de syndicat de garantie; le dernier quart est formé de membres de la Cour de Cassation, du Conseil d'Etat et des représentants des ministres du Travail, de l'Agriculture et de la Santé publique. Le tarif ainsi élaboré est appli-

(29) *J. O.*, 2 juill. 1938, p. 77066.*Lois nouvelles*, 5-25 oct. 1938, commentaire par M. Jules Ganguier, président de la Cour d'Appel de Dijon.

cable pendant un an au minimum. Il est *imposé aux Médecins* (30), comme la taxe légale établie pour les frais de justice s'impose aux officiers ministériels. « C'est « un sacrifice que le corps médical ne saurait d'ailleurs « refuser de consentir, écrit M. Ganguier dans son com- « mentaire de la loi, alors que d'autres du même genre et « autrement lourds sont demandés à certaines profes- « sions libérales (officiers ministériels, avocats), en fa- « veur des accidentés du travail ». Du reste M. Ganguier pense qu'une convention expresse par laquelle la victime ou l'employeur s'engagerait envers le Médecin à verser des honoraires supérieurs au tarif serait parfaitement valable. Mais, sauf cette stipulation, le tarif doit s'appliquer, quels que soient la notoriété du praticien et les honoraires habituellement perçus par lui.

Le droit au libre choix est même sanctionné pénalement (art. 30, 3° nouveau du texte) contre toute manœuvre du patron tendant à imposer un Médecin à ses salariés, de même que contre toute tentative de racolage de clientèle par les praticiens.

II. — La loi du 1er juillet 1938, pas plus que les précédentes, n'admet *l'entente directe* entre la victime et le Médecin. C'est l'employeur qui est personnellement tenu des frais médicaux, comme de ceux d'hospitalisation. C'est là un reste de défiance envers la solvabilité de l'ouvrier. Pourtant celui-ci pourrait, après avoir payé directement son Médecin, se retourner contre son patron pour se faire rembourser; c'est du reste ce qui se produit quand le Médecin impayé par l'employeur, s'adresse à la victime.

(30) « Il s'agit là d'une véritable *taxe obligatoire*, au delà de laquelle les praticiens et pharmaciens ne peuvent *rien* réclamer. » *Lois nouvelles* (commentaire de M. Ganguier), 1938-1-251.

Quelle est l'étendue de la responsabilité du patron ? On peut remarquer que le nouveau texte reproduit les mots : « quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident », qu'une inadvertance avait fait disparaître dans le texte de la loi du 12 avril 1922, modifiant l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898. Il n'y a donc plus de doute aujourd'hui sur ce point : même s'il n'y a aucune interruption de travail, les frais médicaux sont toujours dus par le patron, du moment qu'il y a eu accident, alors que l'indemnité journalière n'est due que si l'ouvrier ne peut vraiment pas travailler (31).

D'autre part la loi nouvelle ne limite plus les remboursements aux seuls frais médicaux, elle les étend « aux honoraires des praticiens légalement définis par la loi du 30 novembre 1892 et de ceux visés par le décret du 27 juin 1922 » (art. 5, al. 1); on doit donc y comprendre les honoraires des dentistes, sages-femmes, masseurs. Enfin l'employeur n'est tenu, conformément à l'art. 27 de l'arrêt ministériel du 18 février 1938, des frais de radiographie, diathermie, traitements par rayons ultra-violets et infra-rouges, que s'ils ont été prescrits par le Médecin traitant d'accord avec le Médecin de l'employeur; au cas de désaccord entre eux, l'avis d'un troisième Médecin tranchera le différend.

III. — Les lois sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles portent atteinte au *secret professionnel médical*, puisque la déclaration en est obligatoire. Le texte du 1er juillet 1938 le confirme en spécifiant que l'employeur doit faire une déclaration de l'accident à la mairie du lieu où il est survenu, sous peine d'amende. De son côté le Médecin consulté doit : 1° Dans

(31) Cf. art. 3, al. 1 et 4 nouveaux.

les 48 heures avertir l'employeur par une carte recommandée « circulant en franchise, détachée d'un carnet à souche, signée du praticien » (art. 4 nouveau).

2° « Dès que les conséquences en sont connues et, au plus tard, dans les huit jours qui suivent l'accident », adresser à l'employeur le certificat en double exemplaire (art. 4), certificat qui doit contenir l'indication de la nature des lésions et les suites probables (art. 11). Ces dispositions sont tout à fait contraires au respect du secret médical. Au cours de la procédure il peut encore se faire que les parties réclamant des expertises et contre-expertises médicales, par là encore le secret médical est violé.

Il est, en effet, difficile de respecter le secret en une matière où la fraude en deviendrait par trop aisée. Il convient d'éviter par tous moyens que le patron soit l'objet d'une exploitation de la part de ses ouvriers, alliés parfois avec des Médecins marrons. Ce n'est pas seulement l'employeur que l'on préserve ainsi, mais la vie industrielle tout entière qui se ressentirait d'un relâchement capable de favoriser les abus et les fraudes aux accidents du travail. La Cour de Paris a eu à juger un Médecin, le Dr P. qui se flattait lui-même de faire de la « médecine commerciale »; à cet effet, il possédait à Paris et dans la banlieue plusieurs cliniques où il était représenté en son absence par des infirmiers sans diplômes, qui examinaient les malades, les pansaient, appréciaient l'invalidité et leur délivraient des certificats signés d'avance en blanc par le directeur; il remettait également aux ouvriers venus se faire soigner, une ristourne de 20 à 50 francs, ce qui, en attirant chez lui les ouvriers, portait atteinte à leur liberté de choix. La

Cour, dans son arrêt du 23 juin 1931 (32), a condamné le Dr P. à 2 ans d'emprisonnement, 2.000 francs d'amende et 10 ans d'interdiction d'exercice de la Médecine, ainsi qu'à la publication du jugement dans dix journaux, sous les inculpations d'escroquerie aux Compagnies d'assurances et complicité d'exercice illégal de la Médecine. La loi du 1er juillet 1938 punit, dans le même esprit, le racolage de clientèle (art. 30 nouveau 4°) exercé par des médecins et pharmaciens, d'amendes de 16 à 300 francs et de 500 à 2.000 francs en cas de récidive dans l'année.

IV. — *Le contrôle,* qui s'avère indispensable en matière d'accidents du travail, pour prévenir les agissements d'officines louches, est réalisé de façon nouvelle par la loi du 1er juillet 1938 qui semble devoir être plus efficace sur ce point que le texte de 1898. Les praticiens qui soignent les accidentés du travail doivent se soumettre au *contrôle technique syndical,* même s'ils ne sont pas syndiqués. Désormais les plaintes contre les médecins et pharmaciens seront portées devant leurs Conseils de Famille, avec appel devant le groupement national et en dernier lieu devant la commission supérieure de contrôle qui comprendra en ce cas un membre élu par le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail » (art. 1 nouveau, al. 2). On conçoit que cette consécration officielle du pouvoir juridictionnel du Conseil de Famille soit une conquête de la plus haute importance pour les Syndicats. Remarquons pourtant que l'énumération des *sanctions* applicables a été omise, ce qui constitue une lacune que les Médecins déplorent.

(32) Cour de Paris, Ch. Corr., 23 juin 1931 (D. 1933-2-118).

Pour sa part *l'employeur* est mis à même de contrôler la légitimité des honoraires, au cours du traitement:

1. par la carte, avis de visite, que le Médecin est tenu de lui adresser dans les 18 heures de la visite du blessé.

2. par le certificat en double exemplaire que le praticien lui envoie dans les 8 jours. La sanction de ces obligations, c'est que l'employeur non prévenu dans ces délais ne serait pas tenu pour responsable des honoraires, non plus que la victime ou ses ayants droit, à moins, bien entendu, que le retard ne soit dû qu'au temps qu'a mis le malade à comparaître devant un Médecin (art. 4 nouveau 2° al. 2).

L'assureur du patron peut également provoquer un contrôle médical, ce qui est une innovation de la loi du 1er juillet 1938 (33). Il peut, en effet, comme l'employeur, indiquer au juge de paix « un ou plusieurs médecins chargés de les renseigner au cours du traitement ». Une fois homologuée, la désignation de ces praticiens sera valable pour tous les accidentés de l'employeur garantis par cet assureur (art. 4 nouveau, al. 9).

Enfin en cas de *désaccord* entre le Médecin contrôleur et l'ouvrier qui prétend ne pas pouvoir reprendre son travail, l'un et l'autre peuvent requérir du juge de paix la désignation d'un expert médical dans les 5 jours (art. 4 nouveau *in fine*).

V. — La nouvelle loi traite également de *l'hospitalisation* des accidentés du travail. Sous l'empire du texte de 1898, les frais d'hospitalisation avaient pour maximum « tout compris » le prix de journée ordinaire du

(33) En pratique, avant 1938, l'assureur exerçait un contrôle actif par l'intermédiaire de son client, le patron, qu'il incitait à demander une expertise.

tarif établi pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, majorée de 30 %. C'était en somme un forfait, applicable, quel que fût le traitement auquel le malade devait être soumis. Les Syndicats médicaux s'étaient souvent élevés contre ce « tout compris » qui englobait les soins chirurgicaux comme la visite quotidienne. Conformément à la loi nouvelle, l'employeur est désormais tenu, en plus du prix de journée, des « honoraires médicaux et chirurgicaux, conformément au tarif de responsabilité patronale » (art. 4, al. 7 nouveau). L'alinéa suivant dispose qu'au cas où le malade serait traité en *clinique privée*, l'employeur n'est tenu « que dans les limites des tarifs de ces établissements publics », c'est-à-dire du prix de journée de l'hôpital. Le supplément devra donc être réclamé à la victime seule, sauf le cas de convention contraire expresse passée avec l'employeur (34).

La loi du 1er juillet 1938 a donc fait une large place aux Syndicats professionnels et aux Syndicats de Médecins en particulier, en dévoluant le contrôle aux Conseils de Famille et les faisant intervenir dans la commission de fixation des tarifs. Ce sont là des conquêtes heureuses réalisées par les efforts inlassables des assemblées et des conseils d'administration de la Confédération, ainsi que ceux des médecins membres du Parlement (Drs Chauveau, Gros, Fié...).

§ II. — La loi sur l'assistance médicale gratuite aux indigents

C'est sous l'impulsion de mouvements spontanés de pitié devant la souffrance, soutenus plus tard par les

(34) Malheureusement la suppression du « tout compris » ne concerne que les accidentés de l'industrie, le régime antérieur subsiste pour ceux de l'agriculture !

principes religieux de charité et d'entr'aide qu'est apparue l'assistance aux malades pauvres. Les Hôtels-Dieu, fondés dès le Moyen Age, les lèproseries et maladreries, sont autant de témoins de cet esprit éminemment charitable qui se fait jour dans toute société humaine et qui n'a pas manqué de prendre une grande importance en France dans l'ardeur de la foi médiévale.

Il appartenait à l'époque moderne de « légaliser » cette organisation et d'assurer les soins aux indigents, non plus seulement dans un esprit charitable, mais dans un but plus utilitaire, celui de favoriser la conservation de la santé des individus qui ne peuvent y pourvoir par leurs propres ressources. C'est la loi du 15 juillet 1893 qui a réalisé l'Assistance médicale gratuite.

Le bénéfice de cette législation est réservé aux malades privés de ressources. Les conseils généraux et municipaux sont chargés d'en organiser la réalisation. Le principe est que tout indigent inscrit sur la liste d'assistance, dressée dans chaque commune, a droit, en cas de maladie, aux soins gratuits. La charge des frais médicaux est assumée par la commune, le département ou l'Etat, suivant que l'individu a un domicile de secours communal, départemental ou national. Depuis le décret-loi du 30 octobre 1935 (35), tout habitant de la commune peut faire valoir ses objections contre la liste d'assistance, dans les 20 jours qui suivent sa publication.

Il est certain qu'il est de l'intérêt de l'Etat de récupérer les forces amoindries de ses nationaux, même quand il s'agit d'indigents, non seulement à cause de la capacité de travail que chacun représente, car il peut se produire que cette capacité soit nulle, par exemple

(35) Soumis à la ratification des Chambres.

celle d'un vieillard, mais encore à cause du danger de contagion physique que représente un malade mal soigné pour son entourage; et aussi à cause du danger moral que le spectacle déprimant d'une détresse abandonnée à elle-même peut causer chez les autres. Soigner les indigents, ce n'est pas seulement les aider, c'est aussi combattre les foyers pernicieux de contagion et de misère morale.

Le principe est évidemment très louable, mais, quand il s'est agi de l'appliquer, les frais ont paru bien importants et, tout naturellement, on a tenté d'en rejeter tout le poids sur ceux qui semblaient en tirer un bénéfice par un accroissement de clientèle payante, sur les Médecins. Il est difficile d'imaginer une exploitation plus complète de leur bonne volonté : les premiers tarifs, au cours d'avant-guerre, il est vrai, se montaient pour le prix de consultation à zéro pour 7 départements; 0 fr. 50 pour 11 départements; 0 fr. 75 pour 2 départements et 1 franc pour les autres (36). Il n'était bien entendu aucunement question d'entente directe, le médecin était payé par le Bureau d'assistance.

C'est surtout contre de tels abus que les Syndicats de Médecins ont orienté la lutte pour leurs intérêts professionnels. Il convient de dire que de grands progrès ont été réalisés et que peu à peu les Médecins, s'ils consentent à soigner les indigents à un tarif encore faible, parviennent malgré tout à rendre ce tarif plus raisonnable. L'Assistance médicale gratuite est donnée en principe à domicile. Pour la rétribution de ces consultations, les Syndicats médicaux collaborent aujourd'hui avec les Conseils généraux après avoir longtemps lutté contre

(36) Mlle S. de Maulde, *op. cit.*, p. 32.

eux. Le résultat de cette collaboration varie suivant les régions, de sorte que les modes de rétribution varient d'un conseil général à l'autre (37).

I. — Si les Syndicats médicaux ont encore bien des difficultés à obtenir satisfaction quant aux tarifs (ils voudraient avoir ceux des accidents du travail), ils sont pourtant arrivés à un résultat quant au *libre choix*, qui fut accordé dès la loi de 1893. Mais depuis, un Décret-loi du 30 octobre 1935 (38), est venu limiter cette liberté pour éviter les abus qui, par la fantaisie des malades, réalisaient un accroissement de formalités et de dépenses dans le service. Désormais l'assisté devra indiquer au moment de la confection de la liste d'assistance ou à sa première maladie le nom du praticien auquel il désire recourir. Et ce choix sera valable pour un an au minimum, temps pendant lequel l'assisté ne pourra en changer que pour motifs graves.

II. — Tant que le malade est soigné à domicile, le *secret médical* est facile à respecter, le médecin se contente de délivrer des certificats de maladie; cela devient plus difficile quand il est soigné à l'Hôpital. Là, en effet, une série de feuilles d'entrée, d'observations, certificats et feuilles de service, établies pour vérifier la légitimité et la bonne organisation des soins, rendent illusoire la discrétion. Mais, le personnel de l'Hôpital étant lié lui-même par le secret professionnel, rien ne doit en principe transpirer à l'extérieur de l'établissement.

III. — *L'entente directe* n'est guère réalisable dans l'Assistance médicale. Il est difficile de demander à des indigents de payer eux-mêmes leurs consultations, avec

(37) V. *supra*, p. 86.
(38) Soumis à la ratification des Chambres (*J. O.*, 1935, p. 11615).

la faculté de se faire rembourser, il est probable que, n'ayant pas d'argent à leur disposition, ils ne se feraient alors jamais soigner. D'autre part il serait dangereux bien souvent de leur faire l'avance des prix de consultation, qui risquerait d'être utilisée à toute autre chose qu'à payer les frais médicaux. Le paiement postérieur par l'Administration semble le seul possible à appliquer.

IV. — Si en principe les soins doivent être donnés à domicile, au cas, qui est le plus fréquent, où le traitement est impossible à réaliser dans ces conditions, l'indigent est soigné à l'*hôpital*, où il trouve toutes les garanties des derniers progrès de la Science et de l'Hygiène. Mais ici intervient pour les Médecins la question des honoraires. Les Médecins ont consenti des conditions spéciales de rétribution en considération du dénuement de ces clients et de la nécessité sociale de leur venir en aide, mais ils protestent pour réserver « l'hôpital aux pauvres » ; ils demandent qu'on n'y admette pas à la légère n'importe quelle personne, sans égard à ses revenus : consentir l'admission à l'hôpital d'un malade non indigent, c'est enlever un client au Médecin, c'est faire supporter aux contribuables une charge illégale, puisque le prix de journée qu'on peut lui faire payer ne correspond pas aux frais entraînés par le fonctionnement du service hospitalier (39).

(39) La Cour d'Appel de Paris (1re Ch.) a rendu le 18 mars 1938 (D. H. 38, p. 377) un jugement concernant la *responsabilité* du médecin quant aux soins qu'ils donnent à l'hôpital aux assistés : « Considérant « que si, en principe, la responsabilité du médecin a pour origine le « *contrat* par lequel celui-ci s'oblige à procurer au malade des soins « diligents et conformes aux données acquises de la science, la forma- « mation d'une convention implique le *libre choix* du médecin par le « client et l'acceptation de ce choix par le médecin ; qu'*un tel contrat* « *ne peut exister* entre les médecins des hôpitaux, et moins encore les

V. — Les malades à l'hôpital sont bien surveillés et les simulateurs qui viennent parfois en hiver y chercher un abri confortable sont vite dépistés. Mais pour les soins à domicile, un *contrôle* est nécessaire, comme partout en médecine sociale. Dans certaines formes du système vosgien (v. supra, p. 87), le maire délivre des carnets et des bons de visite qui lui permettent de vérifier si le nombre de bons délivrés correspond aux honoraires demandés. Mais le maire ne saurait se prononcer sur le bien-fondé d'une visite; du reste, étant un organe élu, il doit ménager sa clientèle électorale, même indigente. Un contrôle plus technique est nécessaire. Une *commission de vérification et de contrôle*, organisée par le Conseil général et comprenant en nombre variable des représentants du Préfet, du Conseil général, des maires, des médecins et pharmaciens (présentés en général par leurs syndicats ou élus par leurs confrères), est chargée de ce contrôle. Mais en fait, c'est le secrétaire de la commission qui étudie les notes d'honoraires du trimestre, présentées par les médecins, qui fait des remarques et convoque ceux dont les notes sont anormales. Les Syndicats réclament un contrôle plus efficace et plus compétent tel que celui organisé pour les accidents du travail et les assurances sociales, c'est-à-dire un contrôle exercé *par le Conseil de Famille syndical*, et non plus limité à l'appréciation d'une bureaucratie tâtillonne.

Ainsi en matière d'assistance, les Syndicats médicaux ne sont-ils pas encore arrivés à améliorer beaucoup les

« assistants, et les malades hospitalisés par les services de l'Assistance « publique, puisque le concours des volontés permettant cet accord ne « saurait alors intervenir, que seule la responsabilité délictuelle ou « quasi-délictuelle peut être invoquée... dans ces circonstances. »

conditions de travail. S'ils veulent voir appliquer la Charte médicale dans ce domaine, il leur reste beaucoup à faire. La loi de 1893 est quelque peu démodée et, pour réaliser un service d'assistance en harmonie avec les idées modernes, il conviendrait, semble-t-il, sinon de l'abroger et de la remplacer par une autre, du moins de la remanier profondément. Il faudrait notamment la mettre plus en harmonie avec la loi des Assurances sociales (v. infra, p. 118), qui a fortement diminué son importance; désormais beaucoup d'assistés qui travaillent peuvent dépendre des Assurances sociales et, s'ils tombent malades, c'est encore la loi de 1893 qui est applicable parce qu'elle donne la gratuité complète; mais la caisse d'assurances sociales doit verser à la collectivité d'assistance les sommes qu'elle aurait payées à un assuré ordinaire (décret-loi 30 octobre 1935, art. 19, § 3). Ce sont là des formalités qu'il serait bon de simplifier.

§ III. La loi des pensions (loi du 31 mars 1919)

La condition des blessés de la Grande Guerre paraît bien digne d'inspirer la pitié et de légitimer des faveurs particulières. C'est pourquoi dès la fin de la guerre, les Pouvoirs publics se sont inquiétés de favoriser le traitement que nécessitait leur état et de leur assurer la gratuité des soins correspondants (loi du 31 mars 1919, art. 64) (40). De nombreuses lois postérieures sont venues compléter cette législation (41). Les Médecins se

(40) *Lois nouvelles*, 1919, commentaire de M. Cezar-Bru.

(41) Les principaux textes législatifs récents sont les suivants : décret du 15 avril 1930 : taux des allocations des médecins et juges; loi du 22 mars 1935 : statuts des grands mutilés; décret du 8 août 1935 :

sont volontiers associés à ce mouvement : « par un sentiment de camaraderie et de gratitude, le corp médical a accepté les conditions actuelles de fonctionnement de l'art. 64 et en ce qui touche les mutilés et réformés de la Grande Guerre, il ne saurait revenir sur les promesses faites » (42).

I. — Le *libre choix*, conquête du syndicalisme médical, était assuré aux blessés dès le premier texte de 1919 (art. 64).

II. — Le *secret médical* est facile à respecter pour les soins donnés à domicile; mais au cas d'hospitalisation il faut, comme dans l'Assistance médicale, imposer le secret à tout le personnel de l'établissement.

III. — Le système n'admet par l'*entente directe*. La loi de 1919 prévoyait deux cas possibles :

1° le blessé fait partie d'une société de secours mutuels : il a la faculté de recevoir des soins médicaux dans les conditions de sa société qui fera ainsi l'avance des frais, l'Etat remboursera.

2° Le blessé ne fait partie d'aucune société de ce genre : le Médecin sera payé directement par l'Etat. Le décret du 25 août 1937 a supprimé cette alternative (43). sociétés de secours mutuels n'ont donc plus à intervenir. Les sociétés de secours mutuels n'ont donc plus à intervenir.

Comment sera fixé le *tarif* servant de base aux honoraires ? L'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 prévoit qu'il

revision des pensions abusives; décret du 22 décembre 1935 : modalités de remboursements des soins aux mutilés; loi du 29 mars 1936 : amélioration du taux des pensions; décret du 25 août 1937 : soins médicaux aux pensionnés.

(42) *Médecin de France*, janv. 1933, p. 126.

(43) Décret du 25 août 1937, art. 1er.

sera établi par un règlement d'administration publique « après entente avec les représentants autorisés des or- « ganisations et syndicats professionnels intéressés ». Donc il doit être établi par la collaboration de l'autorité exécutive avec les Syndicats médicaux et pharmaceutiques. Mais les Syndicats de Médecins protestent, déclarant qu'ils ne sont guère écoutés dans leurs revendications. En pratique le tarif est établi par les ministres des Pensions et des Finances.

D'autre part, le Président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a été officiellement averti, le 25 janvier 1939, que la prescription des mémoires médicaux passe à 2 ans (au lieu de 3 ans), à partir de la date d'expiration de la quinzaine qui suit le trimestre pendant lequel ces soins ont été donnés (14). C'est donc une prescription biennale, régie par l'art. 2272 du Code civil.

Pour être admis à bénéficier des soins gratuits, tout blessé de guerre doit être inscrit sur une liste dressée dans chaque commune, portant le titre de « Soins médicaux aux victimes de la Guerre ». Mais les Syndicats médicaux qui consentent aux pensionnés de guerre un tarif de faveur, en considération des conditions sociales dans lesquelles leur mal a été contracté, demandent que soient supprimées toutes sortes de pensions abusivement concédées, qui sont une charge pour chaque contribuable et doublement pour le Médecin (15). Le légis-

(44) *Presse Médicale*, 25 janv. 1939.

(45) Le décret du 8 août 1935 établit une procédure pour la *revision des pensions abusives*. Les opérations de revision sont faites sans délai, à la diligence du Ministre des Pensions, après avis de Comités administratifs de revision placés sous l'autorité du Procureur général près la Cour des Comptes.

lateur moderne aurait tendance à assimiler aux blessures de guerre, les réformes de caserne, accordées depuis la guerre. Les hommes blessés au cours du temps qu'ils passent dans l'armée ont droit à une pension; on voudrait que les Médecins leur consentent les mêmes tarifs de faveur qu'aux pensionnés de guerre. Cette prétention ne se justifie pas.

La concession des pensions et leur revision donnent lieu à d'innombrables difficultés. Les Pouvoirs publics ont compris la nécessité de créer des tribunaux spécialisés dans ces questions et d'y faire représenter les Médecins pour éclairer les magistrats sur les points de pathologie. Le *Tribunal des Pensions* a la compétence de première instance. Il est composé :

1) de magistrats judiciaires : le Président ou le vice-président du Tribunal civil du chef-lieu du département et un Juge du Tribunal civil (art. 28 et 33 du décret du 2 septembre 1919).

2) un Médecin et un Médecin suppléant, choisis par le Ministre de la Justice sur la liste des Médecins experts près les tribunaux et sur une liste de 10 membres présentés par le Syndicat médical du département.

3) un pensionné et un pensionné suppléant tirés au sort sur une liste de 20 membres présentée par les associations de mutilés et réformés du département.

Les Syndicats médicaux sont donc représentés dès ce premier degré.

La *Cour régionale des Pensions,* devant qui sont portés les appels du Tribunal, siège au chef-lieu du ressort de chaque Cour d'Appel. Elle comprend un Président, président de chambre de la Cour d'appel, désigné annuellement par le Ministre de la Justice, deux conseillers

de la Cour d'appel, désignés dans les mêmes conditions et trois magistrats suppléants désignés par la Cour d'appel. Devant ces deux juridictions le rôle de Commissaire du gouvernement est rempli par un fonctionnaire de l'Intendance militaire ou maritime. Les recours en excès de pouvoir peuvent être portés devant le *Conseil d'Etat.*

IV. — Un *contrôle technique* des soins aux blessés et mutilés est indispensable pour prévenir et réprimer les abus. L'Union des Syndicats le réclamait dès 1920. Le décret du 22 décembre 1936 organise à cet effet une *Commission tripartite départementale* de 12 membres ainsi composée : 4 représentants de l'Etat, 4 représentants des bénéficiaires, 4 représentants des Syndicats médicaux et pharmaceutiques.

Nous voyons que la loi des Pensions a fait une large place aux Syndicats médicaux; c'était juste, puisque le régime de faveur qu'elle établit vise pour une large part à assurer aux pensionnés les soins médicaux. Les Médecins en supportent un poids important : ils doivent en conséquence pouvoir faire entendre leur voix, dans l'organisation comme dans le fonctionnement de cette loi.

§ IV. La loi des assurances sociales

La loi des Assurances sociales institue un régime de prévoyance obligatoire pour les travailleurs, les protégeant contre divers risques : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.

Le premier texte, voté le 5 avril 1928, qui organisait tout un régime d'assurances sociales, applicable à la majeure partie des salariés, était le résultat d'un tra-

gnirent de ce qu'une organisation d'une telle importance, puisqu'elle s'appliquait au plus grand nombre de leurs clients, ait pu être imaginée et réalisée, sans que les représentants du Corps médical aient seulement été consultés. Le Parlement avait pourtant agi dans son droit; aucun texte n'oblige les Chambres à solliciter l'avis des individus dont elles entendent modifier la condition; la loi est souveraine, dans les limites de la Constitution.

Pourtant la Nation entière a intérêt à ce que les lois soient élaborées dans les meilleures conditions de compétence technique. A cette fin, il convient bien souvent de demander l'avis des organismes intéressés. Ce n'est pas du tout de cette façon qu'il avait été procédé en 1928, et les Médecins, de même que les patrons, les mutualités et les organisations ouvrières, ripostèrent énergiquement. Le 14 novembre 1927, le corps médical avertissait les Pouvoirs publics de sa désapprobation, avant même que la loi ne fût définitivement votée : « Le corps « médical syndiqué, représenté par les délégués de l'U- « nion des Syndicats médicaux de France, la Fé- « dération nationale des Syndicats médicaux de « France, le groupement des Syndicats généraux des « Médecins spécialisés, *refuse de collaborer* aux Assu- « rances sociales, telles que les établit le projet de loi « voté par le Sénat (46) ». Le même refus de collaborer fut formulé à nouveau par une lettre adressée par le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux (47) aux parlementaires, le 20 janvier 1929 (48), où les prati-

(46) Doc. parlement. Ch., annexe 1930, n° 3187, p. 532.

(47) En même temps une scission se produisait au sein du syndicalisme, provoquée par les divergences d'avis sur la nouvelle loi. L'unité se rétablit en 1928 en une Confédération.

ciens réclamaient le respect de leur Charte et la consultation de leurs représentants pour la réforme de la loi du 5 avril 1928.

Le Gouvernement finit par les écouter. Le 31 juillet 1930 le Ministre du Travail prenait un arrêté constituant une Commission extra-parlementaire des Assurances sociales « chargée de donner son avis sur toutes les ques-« tions que lui soumettra le Ministre, en ce qui concerne « le règlement général d'administration publique, prévu « à l'art. 75 de la loi du 5 avril 1928 et les projets de loi « éventuels qu'il y aurait lieu de déposer. » Les membres de cette commission étaient : le professeur Balthazard, le Président de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France, le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Président du Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialistes (49).

Ce que les Syndicats voulaient obtenir, c'était l'application dans la nouvelle loi des principes inscrits dans la Charte médicale. Ils voulaient éviter avant tout qu'il n'existât deux sortes de clientèle : la clientèle ordinaire et celle des Assurances sociales. Ils entendaient être librement choisis par tous, « honorés » directement par chacun et conserver le droit de formuler dans tous les cas les prescriptions médicamenteuses et thérapeutiques convenables, sans avoir à considérer la qualité d'assuré ou de non assuré du client. Par ailleurs les Médecins ne refusaient nullement d'aider au fonctionnement d'une telle loi, et la pratique a bien montré depuis qu'ils en sont les principaux collaborateurs, non seulement par vail exclusivement parlementaire. Les médecins se plai-

(48) *Méd. de France*, mai 1932, *Syndicats médicaux et lois sociales.*
(49) Doc. parlement. Ch., annexe 1930, n° 3187, p. 532.

le travail administratif qu'elle leur impose, mais aussi par les conseils qu'ils doivent prodiguer aux assurés peu renseignés sur leurs droits. La revision réalisée le 30 avril 1930 donna satisfaction à ces revendications sur la majorité des points (50).

Le principe du fonctionnement des Assurances sociales consiste en ceci : le salarié et son patron versent chacun la moitié d'une cotisation basée sur le salaire (8 % depuis le décret-loi du 28 octobre 1935 (51). Ces cotisations sont centralisées à la Caisse des Dépôts et Consignations qui les répartit entre les caisses privées d'Assurances sociales, auxquelles les patrons affilient leurs ouvriers. Au cas où le risque est réalisé, par exemple si l'assuré tombe malade, il a droit aux prestations en argent et en nature (soins médicaux) dont la charge est supportée par les caisses (en partie seulement pour les prestations en nature, selon un tarif de responsabilité qui varie avec chaque caisse).

Comment la Charte médicale est-elle respectée dans ce système, tel que la loi du 30 avril 1930 et les lois postérieures (52) l'organisent ? La question a un double aspect : suivant que le médecin est en rapport avec les *assurés*, ou avec les *caisses*. Le *contrôle* en matière d'assurances sociales nécessite une étude spéciale, c'est pourquoi ce paragraphe sera divisé en trois parties :

(50) *Lois nouvelles*, 1930-1-193, commentaire de M. H. Solus.

(51) Ce décret-loi s'applique à l'industrie. C'est le décret-loi du 30 oct. 1935 qui concerne l'agriculture. Ces deux textes sont soumis à la ratification des Chambres.

(52) La loi a été revisée par celle du 8 juin 1935, par les décrets-lois des 28 et 30 oct. 1935, des 19 et 24 mars 1936, 29 juill. 1936, par la loi du 18 juin 1938 et par les D.-L. des 14, 15 juin 1938, et 12 nov. 1938.

1° *Relations avec les assurés sociaux*

L'idée essentielle est que l'unité de clientèle doit être maintenue. Il convient donc de voir si les différentes garanties données aux clients ordinaires se retrouvent pour les assurés sociaux (53).

I. — Dès le texte de 1928, après une grande discussion au Sénat, le *libre choix* est laissé aux bénéficiaires de la loi (54). La seule limite consiste en ce qu'il faut que le praticien consulté ait manifesté son désir de collaborer au fonctionnement des Assurances sociales, qu'il soit affilié à un Syndicat ayant passé une convention avec une caisse dans les conditions de la loi, ou qu'il ait adhéré isolément à une telle convention. Mais la loi du 5 avril 1928 limitait le remboursement des frais médicaux à un tarif établi par la convention entre le Syndicat et les caisses, de sorte que si l'assuré voulait s'adresser à une sommité médicale dont les honoraires étaient peu en rapport avec le taux du remboursement, il devait en supporter la plus grande part personnellement. C'était là une limitation indirecte au libre choix. Aussi devant les réclamations du Corps médical, le remboursement n'a-t-il plus été aussi uniforme : au cas où l'assuré s'adresse à un Médecin non syndiqué, la caisse peut établir un tarif spécial de responsabilité plus conforme aux débours du malade. Le principe est à nouveau formulé dans le décret-loi du 28 octobre 1935:

(53) « Nous estimons qu'une loi sociale... touchant le tiers de la populatpion française, doit conserver aux assurés les droits imprescriptibles qui dérivent du principe de *liberté*, élément fondamental de tout régime démocratique. » (*Médecin de France*, mai 1932, p. 442).

(54) Délib. parlement. Sénat, 1927, p. 6555.

« L'assuré choisit librement son praticien » (art. 6, § 2) (55).

II. — Pour réaliser au profit de l'assuré les conditions faites à la clientèle ordinaire, il faut également garantir le respect du *secret médical*. Une totale confiance réciproque est nécessaire à une bonne thérapeutique. Dans une organisation de portée aussi générale que celle des Assurances sociales, il risque d'y avoir des indiscrétions nombreuses si les ordonnances et feuilles de maladie vont de bureau en bureau jusqu'à l'autorité compétente pour les ratifier. Il faut donc que les ordonnances ne portent jamais le nom du malade et que les feuilles ne contiennent jamais que l'indication des jours d'invalidité et des honoraires, sans aucune précision sur la nature des soins ni de la maladie. Le contrôle technique exercé par ailleurs devra suffire à éviter les abus.

A son Assemblée générale du 2 juin 1929, la Confédération réclamait formellement que le secret médical ne puisse être « violé ni directement ni indirectement » (56). Et, dans un tract qu'ils adressaient « aux futurs assurés sociaux », les Syndicats dénonçaient le danger

(55) Le médecin doit s'interdire de remettre des « ristournes » aux assurés pour les inciter à venir se faire soigner chez lui. La Cour de Cass. (Crim., 2 févr. 1938, D. H. 38, p. 200) a eu à préciser ce point. Il s'agissait d'un praticien qui remettait à des étudiants en médecine, comme rémunération de l'aide que ceux-ci lui prêtaient, une partie des sommes reçues par lui, à titre d'honoraires, des caisses d'assurances sociales. « L'application de l'art. 67 de la loi du 5 avril 1928-30 avril 1930 est subordonnée à la constatation d'un *moyen illicite* mis en œuvre pour peser sur la volonté des *bénéficiaires* de la loi et les inciter à donner ou à conserver leur clientèle à un des organismes énumérés : caisses d'assurances, cabinet médical ou dentaire... Cette application... ne saurait donc atteindre la rétribution accordée par un médecin à des collaborateurs. »

de la violation du secret professionnel : « Dans un but « de contrôle, les caisses exigeront que le médecin ins- « crive sur le bulletin le nom de la maladie. Ainsi vos « maux intimes, ceux de votre famille, seront étalés dans « les bureaux, comme cela se passe dans toute médecine « administrative (5) ». Grâce à cette active campagne, le secret professionnel se trouve bien défendu dans la loi de 1930, ainsi que dans les textes postérieurs, et dans les conditions mêmes que les Médecins réclamaient : « L'assuré consulte le Médecin de son choix, convient avec lui à l'amiable des conditions de son traitement, en reçoit un bulletin de maladie et une ordonnance de médicaments. Et la caisse lui rembourse ses dépenses dans la mesure prévue par le règlement » (58).

III. — Le premier texte de 1928 admettait la possibilité du « tiers payant » (59). Le praticien avait le *choix* entre l'*entente directe* avec son malade et le payement par la caisse. Le législateur avait pensé que l'intervention d'un tiers payant ne pouvait qu'être considérée comme une garantie pour le Médecin. C'était là de sa part ignorance profonde des principes syndicalistes et une nouvelle preuve qu'il y aurait eu avantage à consulter sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, les principaux intéressés avant de rédiger définitivement la loi. L'élan de protestation fut général car on prévoyait le résultat suivant : « Les Médecins qui auraient complètement accepté le tarif de responsabilité des caisses, devront en principe soigner les assurés aux prix indiqués, et devront par conséquent s'en tenir à un sys-

(57) *Id.*

(58) *Id.*, p. 534, 1re col.

(59) C'est-à-dire que les médecins pouvaient être rétribués par un autre que l'assuré.

tème du tiers payant pour les assurés » (61). Donc le système du tiers payant devait fatalement dominer. Aussi la loi de 1930 a-t-elle aboli cette alternative : l'*entente directe est seule admise;* avec le nouveau système, le praticien ne peut connaître que son client.

IV. — Les Syndicats demandaient que soit respectée la *liberté de thérapeutique et de prescription* « l'intérêt technique du traitement devant primer, disaient-ils, le facteur économique » (61). La loi la leur accorde (art. 7, al. 4) (62), mais une limitation est prévue pour les *spécialités* pharmaceutiques. Les spécialités ne pourront être prescrites qu'en cas de nécessité absolue, après entente entre le Médecin traitant et le Médecin contrôleur de la caisse. Le Ministre du Travail a nommé une Commission chargée d'établir une *liste de spécialités* que l'on peut prescrire aux assurés sociaux, en raison de leur efficacité reconnue. En regard de cette liste est dressé un tarif de remboursement par la caisse, qui varie suivant que la spécialité correspondante est plus ou moins indispensable ou irremplaçable. Les appareils et certains produits pharmaceutiques définis (désinfectants) sont remboursés de façon uniforme avec abattement de 20 % à la charge de l'assuré. Après quelques difficultés l'élaboration de cette liste se poursuit de façon très satisfaisante. Il est à remarquer que les Mutualités s'y étaient en vain essayées (63).

(60) Doc. parlement. Chambre, 1930, n° 3187, p. 533, 2e col.

(61) *Id.*

(62) « Les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner, selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement les médicaments conformes à la législation et à la réglementation existantes. » (Décret-loi 28 oct. 1935, art. 6, § 8.)

(63) V. *infra*, p. 106.

Les consultations sont données en principe chez le Médecin, tant que l'assuré peut se déplacer malgré sa maladie (art. 6, al. 3 du décret-loi du 28 octobre 1935). Le Médecin se fait payer directement par son client.

Quel sera le *tarif* des actes médicaux applicables à l'assuré social ? En principe il n'y en a pas. Le respect du libre choix exige que le praticien consulté puisse réclamer ses honoraires habituels, en rapport avec la valeur qui lui est reconnue; l'assuré n'est pas un indigent et la Médecine d'assurances sociales ne doit pas être une médecine au rabais. Mais pour bien comprendre cette question il faut y tenir compte de la part que la caisse entend assumer dans les honoraires médicaux. Aussi cette étude sera-t-elle mieux située dans la seconde partie de ce paragraphe où seront approfondies les relations des Syndicats médicaux avec les caisses (64).

V. — L'assuré n'est pas seulement soigné chez lui, il a aussi le droit de se faire hospitaliser ou d'entrer dans une clinique. La présence des *assurés sociaux à l'hôpital* a soulevé de nombreuses et véhémentes critiques; l'assuré social, pour être économiquement faible, ne doit pourtant pas être rangé dans la catégorie des indigents. Cependant la loi de 1928 prévoyait déjà l'hospitalisation des assurés. Les caisses devaient consentir à cet effet des *conventions* avec les établissements hospitaliers, suivant des tarifs qui ne devaient pas dépasser ceux de l'Assistance publique pour les bénéficiaires de la législation de l'Assistance médicale ou des Accidents du travail. Si ces établissements ou les praticiens demandaient un tarif supérieur, le supplément demeurait à la charge de l'assuré. C'était là évidemment exploiter la bonne volonté

(64) V. *infra*, p. 96.

des Médecins d'hôpitaux qui ne consentent de tels tarifs qu'en considération de l'indigence des malades traités. Aussi, dans la réforme de 1930, l'art. 6, al. 2 a-t-il consacré le droit des praticiens aux honoraires pour les soins des assurés sociaux à l'hôpital. Et le tarif applicable est désormais, abstraction faite des honoraires médicaux, le *tarif le plus bas* appliqué aux *malades payants dans les établissements hospitaliers*. Il ne s'agit donc déjà plus d'assistance médicale gratuite. L'art. 6 § 15 du décret-loi du 28 octobre 1935 reproduit le même principe : « Les assurés sociaux sont soignés dans les établisse-« ments hospitaliers visés par la loi du 13 juillet 1935 à « des tarifs qui ne pourront excéder les tarifs les plus « bas appliqués aux malades payants (65). »

Dans la pratique, la plupart du temps, une *convention* est intervenue entre la Commission administrative de l'établissement, le Syndicat local et la caisse d'assurances sociales, qui règle avec précision les modalités du fonctionnement. En général l'Econome de l'hôpital reçoit des mains du client le total des frais de séjour et des soins médicaux et reverse au praticien intéressé les honoraires de son intervention, fixés d'après la précédente convention.

En plus des critiques que l'on peut adresser d'une façon générale à toute entrée de malade non indigent dans un établissement d'assistance publique, il convient de confirmer dans ce cas particulier que le tarif applicable aux assurés sociaux soignés à l'hôpital est trop faible et qu'il crée pour tout le public une charge injustifiée : les cotisations des assurances sociales sont assez

(65) Ce D.-L. ne s'applique qu'au commerce et à l'industrie.

importantes pour former des sommes aptes à répondre de frais de maladie supérieurs à ceux demandés aux malades payant les tarifs les plus bas dans un hôpital. Les Médecins voudraient non seulement voir relever ces tarifs, mais mieux, obtenir que le libre choix et l'entente directe y soient appliqués. Il est certain que si le malade consent à entrer en salle commune, il doit accepter le Médecin de la salle, le libre choix est inapplicable. Mais s'il peut être placé dans une chambre à un ou deux lits, il n'y a pas de raison de lui refuser d'y faire venir le praticien de son choix: il paiera sa pension à l'établissement et s'entendra directement avec son Médecin pour ses honoraires. La caisse devra alors tenir compte de ces deux éléments dans la part qu'elle supportera en définitive, c'est-à-dire dans son tarif de responsabilité (66).

L'assuré social a également toute latitude de se faire soigner en *clinique* et a la liberté de choisir l'établissement qui lui convient, à condition que celui-ci ait passé une convention avec sa caisse, mais le tarif de responsabilité de la caisse est le même que dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique, c'est-à-dire le tarif le plus bas appliqué aux malades payants dans les hôpitaux.

Les caisses en sont tout naturellement arrivées à songer à créer elles-mêmes des *établissements de soins* pour y traiter les assurés inscrits chez elles. La loi de 1928 prévoyait cette création, d'ailleurs assez évasivement; elle parlait d'établissement de soins « dépendant de la caisse ». Mais les Syndicats médicaux ont vu dans cette création un danger pour l'indépendance de la Médecine; ils ne veulent pas voir les praticiens attachés

(66) Cf. art. 6, al. 15 du décret-loi du 28 oct. 1935.

à de tels établissements et à demi-fonctionnarisés, comme ils le sont en Alsace-Lorraine. C'est pourquoi ils ont fait pression sur les Pouvoirs publics pour obtenir le respect de leur liberté; la loi de 1930 a tenu compte de leurs revendications et a spécifié que, pour la création d'établissements de soins par les caisses, il faut requérir *l'avis des Syndicats médicaux* (67))art. 6, § 1, al. 2). Le décret-loi du 28 octobre 1935 confirme que pour cette création, les conseils d'administration des caisses doivent requérir *l'avis des syndicats médicaux intéressés* (68). En cas de désaccord, c'est la Commission tripartite qui statue (69). En pratique, il n'existe pas encore de tels établissements.

Le rapporteur de la loi de 1930 avait également prévu le cas où il s'agirait de fonder ces établissements dans une ville de Faculté (70). Cette création qui risquerait d'enlever une part de leur clientèle aux hôpitaux publics et de limiter ainsi le champ d'études des futurs Médecins, ne pourrait être décidée par les caisses qu'avec le consentement du corps enseignant.

L'organisation *technique* des établissements de cure et prévention fondés par les caisses sera établie par les

(67) Extrait de l'ordre du jour voté par l'Assemblée générale du 16 décembre 1938 : « L'Assemblée... considérerait comme actes d'hostilité les créations par les caisses d'organisation de soins qui détruiraient en fait le *libre choix* du médecin par son malade, libre choix voulu par le législateur. »

(68) L'art. 22 du Règlement d'administration publique pris pour l'application du décret-loi du 28 oct. 1935 (*J. O.*, 22 mars 1936) spécifie : « Lorsqu'il y a lieu... de provoquer l'avis du syndicat départemental de praticiens, communication du recours est donnée... au syndicat qui doit fournir cet avis dans un délai de vingt jours à dater de ladite communication. »

(69) Art. 8, al. 4 du décret-loi du 28 oct. 1935 et v. *infra*, p. 132.

(70) Doc. parlement. Ch. 1930, annexe n° 3487, p. 583.

comités des caisses après avis des Syndicats médicaux. En cas de désaccord, c'est la *commission tripartite* qui doit décider. Enfin au cas où des contestations s'élèveraient entre l'assuré et son praticien quant à son état, le différend est porté devant une *commission technique* de trois Médecins comprenant un Médecin représentant la caisse, le Médecin traitant et un Médecin désigné par le Président du Tribunal civil. Tous trois étant soumis à l'obligation du secret professionnel, la discussion sur l'état de l'assuré se fera entre techniciens et rien n'en transpirera au dehors: la caisse n'a pas à craindre que ses droits soient lésés, puisqu'elle choisit elle-même le Médecin qui la représentera.

2° *Relations avec les Caisses d'Assurances sociales*

La collaboration apportée par les Syndicats de Médecins au fonctionnement des lois de 1928-1930, entraîne pour eux nécessairement des relations avec les Caisses d'assurances sociales. Cette collaboration est prévue par la loi à différentes occasions. On vient de le voir pour la création d'établissements de cure par les caisses. Elle se retrouve dans la fixation du taux de rémunération des actes médicaux.

L'art. 4, al. 4 de la loi de 1928 était ainsi rédigée : « Les prestations en nature soit à domicile, soit dans un « milieu hospitalier ou technique sont réglementées d'a- « près des *conventions* et évaluées, compte tenu *des tarifs* « *syndicaux ordinaires*, suivant des tarifs locaux résul- « tant les uns et les autres, de *contrats collectifs* interve- « nus entre les caisses et les Syndicats professionnels ». Mais les Médecins n'admettaient pas du tout que les Caisses vinssent ainsi fixer les tarifs de leurs honoraires.

En Médecine, comme en toute profession libérale, les prix varient avec les facultés du client et les praticiens ne consentiraient pas à ce qu'un organe essentiellement administratif pût limiter leurs droits.

En 1930 la tarification des actes médicaux par des conventions résultant de l'accord des Syndicats avec les caisses a été supprimée. Le Médecin fixe désormais ses honoraires avec son client (entente directe). Mais une convention entre les Syndicats médicaux et les Caisses demeure nécessaire pour accepter *le tarif de responsabilité,* établi par la caisse, c'est-à-dire la part que la caisse entend assumer dans les frais médicaux. L'intervention du praticien sur ce point a son importance : du montant de ce tarif dépendra celui des honoraires qu'il pourra demander aux assurés. Pour les plus pauvres, le praticien limitera parfois ses exigences au tarif de responsabilité, pour ne pas infliger au malade une charge à supporter personnellement. Il faut aussi que ce tarif soit raisonnable afin que le Médecin ne soit pas incité à multiplier les consultations pour compenser la modicité de la rémunération de chacune : on doit éviter cette Médecine en série qui ne peut que porter un grave préjudice au bon fonctionnement des lois sociales; le Médecin ne doit pas devenir un distributeur de jours de repos et de médicaments.

Mais d'autre part, le tarif de responsabilité ne doit jamais dépasser les honoraires réellement versés par l'assuré, sans quoi il aurait intérêt à être malade et à consulter à tout propos.

Les textes spécifient que la base de fixation des tarifs des caisses doit être trouvée dans *les tarifs syndicaux médicaux*. Ainsi l'unité de clientèle sera maintenue. Ce

tarif est par définition conforme aux desiderata des Médecins. Le décret-loi du 28 octobre 1935 (art. 6, § 5, al. 1) reproduit le même principe : « ...compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ». Mais les Médecins demandent également que ces tarifs de responsabilité suivent de près le coût de la vie et soient réajustés en conséquence. Les caisses d'assurances sociales de la région parisienne ont relevé leur tarif en mai 1938 de 15 à 18 francs la consultation (71).

La loi de 1930 et le décret-loi du 28 octobre 1935 mentionnent en outre que les conventions entre caisses et Syndicats peuvent contenir « toutes conditions jugées utiles » (72), ce qui ouvre la porte à une action très étendue des Syndicats collaborant avec les caisses pour le meilleur fonctionnement des assurances sociales. Les conventions ainsi établies entre Caisses et Syndicats sont soumises à l'approbation d'une Commission régionale (73). Cette *commission* que le premier texte nommait *tripartite* comprend pour un tiers des représentants de la caisse, pour un second tiers des représentants des groupements professionnels et pour le troisième tiers, des représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les commissions administratives des hôpitaux et hospices publics (art. 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 (74).

(71) *Paris Médical*, 21 mai 1938, p. XVII.

(72) Décret-loi 28 oct. 1935, art. 6, § 5, al. 2.

(73) Au cas où la Commission tripartite repousse la convention proposée, l'art. 34, § 11, du décret-loi du 14 juin 1938, modifiant le décret-loi du 28 oct. 1935, permet au *Ministre du Travail* de fixer, après avis conforme de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales les tarifs que la caisse doit appliquer. Avant ce texte, la caisse était libre d'appliquer malgré le rejet par la Commission tripartite, un tarif non approuvé.

(74) Le Règlement d'administration publique du 22 mars 1936 (*J. O.*, 22 mars 1936) établit dans son art. 20 la composition précise de cette

Il peut aussi se faire que Syndicats et caisses n'arrivent pas à s'entendre. Alors les « caisses peuvent prendre à leur charge une *part forfaitaire* du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité spécial » (art. 6, al. 11 du décret-loi du 28 octobre 1935). Il en est de même si l'assuré, en vertu de son libre choix, fait appel à un praticien qui n'appartienne pas à un Syndicat ayant passé une convention avec la caisse : la caisse établit à son égard un *tarif spécial*.

Ainsi les Syndicats médicaux ont un rôle primordial à jouer dans le fonctionnement de cette loi sociale. L'importance de cette collaboration pourrait inciter des Médecins de moralité douteuse et dénués de scrupules à former un Syndicat dans le simple but de contracter avec les caisses et d'exploiter la Médecine d'assurances. Pour être peu nombreux les « médecins marrons » n'en existent pas moins en nombre suffisant pour former un Syndicat. La loi de 1928 n'avait pas prévu ce péril et ce n'est qu'à la suite des protestations des Syndicats médicaux qui dénonçaient le danger que la loi de 1930 (art. 4, § 4 à 13 et 4 nouveaux) le fit disparaître. Pour être aptes à passer les conventions avec les caisses, les Syndicats doivent avoir satisfait à une double condition :

Commission régionale. Elle comprend douze membres, savoir : un représentant du Ministre du Travail et un représentant du Ministre de la Santé publique;

Quatre représentants des Caisses de maladie-invalidité de la région, dont un de l'Union régionale ;

Quatre représentants des Syndicats professionnels ayant passé des conventions avec les caisses, dont trois représentants des Syndicats médicaux et un des Syndicats de pharmaciens ;

Deux représentants des Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.

Le Ministre du Travail désigne le président et le vice-président de cette Commission.

1° avoir été habilités à cet effet par leurs groupements nationaux;

2° cette habilitation devra avoir été approuvée par le Conseil supérieur des Assurances sociales; le décret-loi du 28 octobre 1935 décide de même dans son art. 6, § 5, al. 2).

Si le groupement national refuse l'habilitation au Syndicat qui la sollicite, celui-ci peut faire *appel* à la Section médico-pharmaceutique de la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Cette section peut maintenir le refus d'habilitation, qui n'est alors jamais réalisée. Sinon c'est le Conseil supérieur tout entier qui prononce l'habilitation. Le Tribunal civil du Havre a eu à connaître du cas où l'Assemblée générale d'un Syndicat (Le Havre) avait refusé régulièrement d'admettre un praticien dans son sein; les formes du refus exigées dans les statuts avaient été observées. Le Médecin évincé prétendait que ce refus lui causait du tort, puisque les membres du syndicat pouvaient seuls bénéficier des conventions collectives passées par les Syndicats avec les caisses d'assurances sociales; et il demandait des dommages-intérêts. Mais le tribunal a repoussé cette prétention, puisque le Médecin demandeur pouvait, s'il en avait le désir, et sans avoir besoin d'être membre d'un Syndicat, adhérer aux conventions passées par le Syndicat professionnel et jouir des mêmes conditions que les Médecins syndiqués (75).

Les relations entre Caisses et Syndicats ainsi établies, peuvent donner lieu à des *difficultés* dans le fonctionnement quotidien des assurances sociales. L'art 7,

(75) Trib. Civil Le Havre, 21 oct. 1932 (*Gaz. Pal.*, 1933-1-86).

al. 5 de la loi de 1930, de même que l'art. 8, § 4 du décret-loi du 28 oct. 1935 donnent compétence sur ce point à la *commission régionale tripartite*. L'*appel* est porté devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

3° *Le contrôle en matière d'Assurances sociales*

Une organisation de l'ampleur des Assurances sociales ne pourrait se passer de surveillance. Un trop grand libéralisme et un relâchement dans le contrôle risqueraient de créer de graves perturbations dans la vie économique du pays.

En principe un double contrôle est nécessaire :

1. Contrôle *administratif* qui consiste à voir si les différents services fonctionnent bien, si les cotisations sont régulièrement versées, si les feuilles de maladie sont délivrées et remplies suivant la loi. Ce contrôle est confié aux *Services régionaux et aux Caisses* (art. 8, § 1 du décret-loi du 28 octobre 1935).

2. Contrôle *technique* qui intervient dans les cas où joue une activité spéciale. Ce contrôle doit être, selon les principes des lois modernes (76), confié aux *Syndicats professionnels intéressés*. C'est ainsi que les Syndicats patronaux et ouvriers pourraient veiller à la régularité des immatriculations, les Syndicats médicaux et pharmaceutiques, à la sincérité des actes médicaux et des délivrances de produits.

En 1928, le contrôle médical est confié sans réserve aux Syndicats médicaux. La loi de 1930 apporte une

(76) Cf. loi des accidents du travail, 1er juillet 1938, art. 4 nouveau, al. 2.

limitation : seuls les Syndicats ayant passé une *convention* avec la caisse peuvent l'exercer. Quand aucune convention n'est intervenu ou quand il n'y a pas de Syndicat, la loi de 1930 ne désigne aucun organe compétent pour y suppléer. Pourtant le projet du Gouvernement prévoyait qu'en ce cas le contrôle serait assuré par les Médecins nommés par la caisse. Les décrets-lois d'octobre 1935 ne résolvent pas davantage la question.

Le contrôle technique porte sur trois éléments : les assurés malades, les praticiens, les établissements de soins.

a) Controle des assurés malades

Du jour où il bénéficie d'une assurance-maladie, chacun se rappelle fort à propos que « tout homme bien portant est un malade qui s'ignore », comme dit le Dr Knock. Dès lors l'assuré n'a plus qu'une ambition : celle de se faire reconnaître une petite maladie pour laquelle on lui ordonne quelques fortifiants, voire si possible quelques jours de repos, et le voilà donc qui fait antichambre à tout propos chez le médecin (77). Il y a aussi les clients qui se découvrent des malaises subits et mystérieux au moment de l'ouverture de la pêche et de la chasse. En général le Médecin traitant a vite fait de démasquer les simulateurs et de les renvoyer à leur travail; à moins qu'il ne soit lui-même de connivence avec son client, auquel cas le contrôle est plus que jamais nécessaire.

Dans tous ces cas où sa bonne foi est mise en doute,

(77) On voit ainsi l'intérêt qu'il y a à faire participer l'assuré pour une portion aux frais médicaux (20 % depuis le décret-loi du 14 juin 1938, art. 6, § 10).

le prétendu malade est examiné par le *Médecin contrôleur*. Il doit se prêter à cet examen, sous peine de voir suspendre les prestations dont il bénéficie, mais il peut exiger que son Médecin traitant assiste à la visite (78). Si le contrôleur émet des doutes sur le diagnostic du Médecin traitant, le malade est examiné par une *commission technique*, composée de trois praticiens: le médecin traitant, le médecin de la caisse et un médecin désigné par le Président du Tribunal civil (79). Au cas où des abus sont ainsi mis à jour, la caisse poursuit le remboursement des frais injustement provoqués.

b) Controle des praticiens

L'art. 16, § 2 du Règlement d'administration publique du 19 mars 1936 est ainsi rédigé : « Le contrôle technique a essentiellement pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel. En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, l'économie dans les prescriptions des traitements et d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens... et sur l'exactitude des tarifs appliqués par les praticiens ».

Outre la surveillance des Médecins contrôleurs, qui s'exerce sur la sincérité de l'acte médical, les praticiens sont, en effet, soumis au contrôle technique du *Syndicat professionnel* (art. 16, al. 1 du même règlement), qui a passé une convention avec la Caisse. Nulle discipline, dit-on, n'est plus rigoureuse que la discipline corporative. Il est certain que seuls les membres de la profes-

(78) Décret-loi du 28 oct. 1935, art. 8, § 2.
(79) *Id.*, art. 8, § 3.

sion en question connaissent tous les détours et les possibilités de déjouer une surveillance lointaine et incompétente. C'est donc le *Conseil de Famille* syndical qui va être la juridiction indiquée pour toutes les irrégularités commises par des praticiens dans l'application de la loi des Assurances sociales. Le décret-loi du 28 octobre 1935 spécifie que l'appel sera porté devant la *commission supérieure de contrôle* (80). Il y a donc trois degrès de juridiction : le Conseil de Famille départemental (81), le Conseil de Famille national et la Commission supérieure de contrôle. Les sanctions que prononce la commission sont les suivantes : 1° L'avertissement, avec ou sans communication à la Caisse d'assurances; 2° le blâme; 3° l'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux affiliés de la caisse intéressée ou de toutes les caisses d'un ou plusieurs départements (82). L'art. 16, § 1 du Règlement d'administration publique du 19 mars 1936 (83), prévoit qu'en cas de carence de la part des Conseils de Famille, la Commission tripartite « prend toute mesure nécessaire pour y parer ».

C'est ainsi que le Dr X., donnant des soins à la dame H., assurée sociale et à sa fille, inscrivait sur la feuille de maladie de la mère des prescriptions destinées à la demoiselle H. Le Conseil de Famille national prononça un simple blâme contre le Médecin. Sur recours de la Caisse primaire départementale et de la Fédération des

(80) Cette Commission se compose d'un conseiller d'Etat, président, des délégués des caisses et d'un délégué médecin, dentiste, sage-femme ou pharmacien suivant les cas.

(81) La Confédération recommande à cet effet aux syndicats de se grouper pour former des Conseils de Famille départementaux (cf. *Médecin de France*, p. 1930, p. 859).

(82) Art. 8, § 5, du décret-loi du 28 oct. 1935.

(83) *J. O.*, 22 mars 1936.

Syndicats médicaux du département, la Commission supérieure de contrôle annula la décision du Conseil de Famille national et décida l'exclusion du Dr X pendant trois mois du droit de soigner les assurés sociaux de la caisse (84). On peut remarquer que le Médecin non syndiqué qui collabore aux Assurances sociales se soumet par là même à la juridiction du Conseil de Famille syndical.

c) Contrôle des établissements de soins

Dans ces établissements, la fraude peut également pénétrer. Dans les établissements *publics*, la sélection à l'entrée n'est pas très sévère et un contrôle est nécessaire pour dépister les simulateurs. La commission administrative de l'hôpital exerce ce contrôle.

Dans les établissements *privés* (cliniques, maisons de santé, le contrôle s'exerce par l'intermédiaire de l'un des Syndicats professionnels de praticiens avec lesquels la caisse a passé des conventions. Il ne peut être confié à un Syndicat composé des seuls Médecins de l'établissement » (art. 19, § 1 du Règlement du 19 mars 1936).

d) Les médecins contrôleurs

Ce corps, de création récente, est spécial aux lois sociales. En Médecine ordinaire, le praticien est libre de son action envers le client. Il ne doit rendre compte de ses agissements que si ce client se plaint de lui, ou si de forts soupçons pèsent sur son honnêteté.

En Médecine sociale, le contrôle est au contraire bien

(84) *Presse Médicale*, 28 oct. 1936, p. 1699.

plus courant et organisé pour intervenir fréquemment. Le Ministre du Travail avait sollicité la Confédération des Syndicats médicaux français de lui donner son avis pour l'élaboration du Règlement d'administration publique pris en application du décret-loi du 28 octobre 1935, quant à la définition du Médecin contrôleur (85). Le texte rédigé par les secrétaires généraux a beaucoup inspiré le règlement pris le 19 mars 1936. Par exemple, les secrétaires avaient proposé : « Le Médecin contrôleur ne perdra pas de vue qu'il ne doit pas s'immiscer dans le traitement » et l'art. 15, § 1 du règlement stipule : « il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement ordonné ». D'autre part, les secrétaires avaient écrit : « si le Médecin contrôleur croit constater des abus de la part du Médecin traitant, il se bornera à les signaler à la Caisse »; et le texte définitif contient : « En cas de désaccord sur l'état du malade avec le Médecin traitant, il se met éventuellement en rapport avec ce praticien. Il en informe la Caisse qui statue sur la demande de l'assuré, sous réserve des droits de ce dernier » (art. 15).

L'identité de vues n'a pourtant pas été complète. La Confédération proposait trois points supplémentaires qui n'ont pas été retenus, du moins tels qu'ils étaient présentés.

1. Compétence des Médecins contrôleurs : il est nécessaire qu'ils soient instruits (la Médecine de contrôle est au moins aussi difficile que celle de soins) et qu'ils aient exercé, ce qui leur confère une certaine expérience, fort utile pour juger les autres dans leurs fonctions.

(85) *Id., Du contrôle médical,* 10 oct. 1936, p. 1596.

2. Spécialisation dans le contrôle. La Confédération désirait que les Médecins contrôleurs fussent astreints à faire un stage dans un service de contrôle d'une caisse, après lequel ils seraient titularisés.

3. Secret professionnel. Les secrétaires désiraient l'adjonction de deux alinéas à l'art. 378 du Code pénal :

a) secret des Médecins contrôleurs envers leurs commettants (86) ;

b) abolition du secret des Médecins traitants envers les contrôleurs.

Les Syndicats médicaux ont également demandé souvent que la Médecine de contrôle ne soit permise aux naturalisés français qu'après un stage de 10 ans de naturalisation. Jusqu'à présent ils n'ont pas obtenu satisfaction. Il suffit d'être français, peu importe depuis combien d'années.

Le Médecin contrôleur est donc un praticien ayant exercé, qui a passé un accord avec une caisse et dont le rôle consiste à vérifier la sincérité des prestations en nature demandées à la Caisse (actes médicaux, prescriptions médicamenteuses et thérapeutiques). Il a le droit d'examiner l'assuré malade (celui-ci peut exiger la présence de son Médecin traitant). Il ne prescrit rien, s'abstient de formuler des remarques sur le traitement, devant le malade, et est tenu au secret professionnel envers la caisse. Suivant les cas il se borne, après examen, à décharger le praticien ou l'assuré de toute accusation, ou au contraire il signale à la Caisse les irrégularités qu'il a pu constater (87).

(86) Seul ce point a été retenu.

(87) Le Tribunal Civ. de la Seine a ainsi défini, dans un jugement du 21 déc. 1937, le rôle du médecin-contrôleur : « Les médecins-contrôleurs des caisses n'ont aucun avis, aucun conseil à donner aux

Les contrôleurs se sont constitués en Syndicat dont le secrétariat général est situé 11, boulevard Vauban à Lille. Ils ont également formé une Amicale qui a tenu un congrès les 19 et 20 juin 1938, où furent traitées les questions suivantes :

1. Relations du contrôle médical des caisses avec les Médecins traitants. Le secret médical au point de vue des Assurances sociales.

2. Relations du contrôle médical des caisses avec les Médecins chargés d'un service public.

3. Le statut du Médecin contrôleur (88).

Après cette étude du Contrôle en matière d'assurances sociales, on peut conclure que ses rouages sont encore bien neufs, que des mises au point par petites retouches apparaissent nécessaires et se font jour peu à peu, à mesure que l'application de la loi se fait plus courante. En particulier les variations dans la situation du Médecin contrôleur, qui change avec la caisse à laquelle il appartient, a pour conséquence que les usagers sont plus ou moins bien surveillés suivant le service auquel ils sont rattachés; ces différences sont contraires au principe de la généralité de la loi. Quand toutes les imperfections qui subsistent dans les Assurances so-

assujettis ; ce sont en quelque sorte des médecins administratifs qui, sans lien de droit avec les assurés, ont pour mandants les caisses qu'ils doivent éclairer sur l'habilité des malades aux prestations ; ils ne doivent même pas faire connaître leur avis à l'assujetti, mais à la caisse seule ; ils n'ont pas à traiter ni à conseiller techniquement le malade, à qui la loi a réservé expressément le choix du médecin traitant.

« Aucune obligation contractuelle de médecin à client n'existe en conséquence entre l'assuré et le contrôleur qui ne peut être recherché en vertu des principes de la responsabilité médicale. » (D. H. 1938, p. 174.)

(88) *Presse Médicale*, 25 juin 1938.

ciales seront connues, une modification des textes devra intervenir; mais il semble qu'à ce moment on pourrait établir une organisation uniforme qui, en soumettant tous les assujettis à des conditions absolument identiques, réaliserait un rendement plus équitable des Assurances sociales (89). La collaboration apportée par les Syndicats médicaux au fonctionnement de ces lois montre qu'ils sont dignes de la confiance que les Pouvoirs publics ont mise en eux en leur ayant ménagé, pour la première fois en France, une si large part dans l'élaboration comme dans l'application d'une mesure législative.

§ V. Rapports avec les mutualités

On ne saurait donner un tableau complet de l'activité sociale des Syndicats médicaux, sans parler de leurs rapports avec les Mutualités, bien que la loi qui régit ces organismes soit plus ancienne que la plupart des lois sociales modernes. Les sociétés de secours mutuels ont existé de tous temps. Dans l'ancien Droit elles revêtaient les formes d'associations de compagnonnage qui venaient en aide à leurs membres dans le besoin.

Avec le développement moderne de l'industrie et le groupement de nombreux ouvriers et employés autour des mêmes établissements, ces sociétés se multiplient et il devient nécessaire de les réglementer. C'est la loi du 1er avril 1898, modifiée souvent depuis, qui est intervenue à cet effet; elle donne une définition de la société de secours mutuels dans son art. 1er : « Ce sont des asso-

(89) Les syndicats médicaux réclament tout particulièrement que le régime français s'étende à l'Alsace-Lorraine qui est encore sous le régime de l'ancienne loi allemande.

« ciations de prévoyance formées en vue d'assurer à « leurs membres des secours en cas de maladie, bles- « sures ou infirmités, de leur constituer des pensions de « retraites, de contracter à leur profit des assurances in- « dividuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou « d'accident, de pourvoir aux frais de funérailles, d'al- « louer des secours aux ascendants, veufs, veuves ou « orphelins des membres participants décédés ».

Par la distribution des secours de maladie, les mutualités sont en rapport avec les Médecins. Que furent jusqu'à ce jour ces rapports ? Quel intérêt présente le maintien de ces organisations aujourd'hui où les assurances sociales fonctionnent dans un but qui semble identique ? Ces questions sont intéressantes à approfondir au sujet des Mutualités.

On peut dire que le principe des sociétés de secours mutuels est excellent, mais que pour les Médecins elles furent « la bête noire ». Il est certain qu'elles ont été les premières à donner à l'ouvrier l'idée de se protéger contre les risques sociaux, et ce n'est pas là un mince résultat, car elles ont préparé la voie aux lois sociales. Dans les campagnes elles ont eu pour heureux effet de ruiner une part du prestige du « rebouteux », en incitant les sociétaires à ne se confier qu'à un praticien diplômé. Mais le Médecin de petite ville ou de campagne connaît également les inconvénients que présente l'existence de Mutualités. Il sait que la société absorbe une grande part de sa clientèle et qu'elle cherche à user de cet avantage pour obtenir de lui un avilissement de prix (90). La société, pour remplir le but qu'elle s'est fixée, doit, en effet, limiter le montant des cotisations de ses

(90) Goret, *op. cit.*, p. 12.

membres à de très faibles sommes. Elle a recours à des membres honoraires qui sont seulement des donateurs et non des associés, mais dans l'ensemble ses ressources demeurent minimes. Et, comme cela arrive trop souvent, elle tend à faire peser sur le Médecin à qui elle accordera sa clientèle, le poids de sa charité. Le Médecin lutte contre cet envahissement et se fait seconder dans sa défense par son Syndicat (91).

Les Syndicats Médicaux demandent que leur Charte soit appliquée à la clientèle mutualiste et aussi que les sociétés sélectionnent leurs membres et en éliminent les gens aisés : la mutualité doit être réservée aux individus de revenus faibles. Les Syndicats ont usé de toutes leurs armes contre les Sociétés de secours mutuels. C'est ainsi que les Médecins de Bourg, Chambéry et Montpellier se sont mis en grève contre elles; c'est-à-dire qu'ils ont refusé de soigner les malades mutualistes en cette qualité, mais ils les ont reçus comme malades ordinaires.

La loi du 1er avril 1898 étant déjà ancienne n'est pas considérée au même titre que les récentes lois sociales, c'est pourquoi les Médecins rencontrent davantage de difficultés à y faire appliquer les principes qui ont trouvé leur place dans les lois d'assurances sociales, accidents du travail... C'est ainsi qu'un jugement du Tribunal de Bordeaux, intervenu le 3 janvier 1938 (92), a refusé formellement au Syndicat de la Gironde le droit de réclamer le *libre choix* dans une clinique, dite « Pavillon de la Mutualité », fondée par l'« Union mutualiste

(91) « La mutualité n'a pas désarmé contre le corps médical. Comme les caisses d'assurances sociales elle cherche avant tout à ne payer que le moins possible, à tout obtenir au plus juste prix et à faire le plus possible de bénéfices. » (*La Revue Médicale de la Franche-Comté*, févr. 1938, p. 33.)

(92) *Paris Médical*, 19 nov. 1938, p. 381.

de la Gironde ». A cette occasion, les Médecins syndiqués n'acceptaient pas les tarifs forfaitaires que leur proposait l'Union. Celle-ci, voyant que l'accord ne se ferait pas, décida de recourir à un service d'équipe par lequel tous les soins à donner dans la clinique étaient confiés à un certain nombre de Médecins, moyennant un traitement fixe. Par là même le libre choix disparaissait (ainsi que l'entente directe). Le Syndicat, dans une délibération du 13 octobre 1936, déclara qu'il excluerait, après traduction devant le Conseil de Famille syndical, tout Médecin qui accepterait de collaborer au « Pavillon de la Mutualité » et demanda aux autres Syndicats d'agir dans le même sens. L'Union assigna le Syndicat médical en dommages-intérêts pour ses agissements malicieux et dommageables qui tendaient à entraver son entreprise par une concurrence déloyale.

Le Tribunal de Bordeaux retint l'intention malicieuse, considérant que la loi n'impose la règle du libre choix qu'en matière d'accidents du travail, pensions, assurances sociales, et qu'en dehors de ces *activités spéciales,* l'Union pouvait légalement recourir au système de l'équipe. Le Tribunal condamna le Syndicat bordelais à 1 franc de dommages-intérêts. Par son action malicieuse, le Syndicat avait dépassé son rôle de défenseur des intérêts professionnels qui n'étaient pas atteints, puisque le respect du libre choix n'est imposé que dans des cas légaux limités.

Il est certain que la loi du 1er avril 1898 a été votée à un moment où les Syndicats médicaux étaient encore trop faibles pour pouvoir se faire entendre, car il n'est pas douteux que les mutualités constituent une organisation assez importante pour être assimilée à celle des lois sociales. Du reste, il arrive souvent que le mutua-

liste qui s'inscrit n'agit pas librement : « pour qui con-
« naît la pression que subissent les employés de cer-
« taines grandes organisations patronales pour s'inscrire
« à une société de secours mutuels, pour qui sait aussi
« l'habileté avec laquelle on fait miroiter les avantages
« apportés aux bénéficiaires de la loi, il est certain qu'au
« moment où le mutualiste fait son choix, il ne réalise
« pas les inconvénients inhérents au système » (93). Du moment où il est embrigadé dans une mutualité, l'employé n'a plus, en effet, les avantages de la clientèle normale (ce que les Syndicats médicaux se sont attachés à conserver aux assurés sociaux : ni le *libre choix,* il consulte obligatoirement le médecin de la société; ni parfois la *liberté de thérapeutique*, les ressources de la société étant limitées; ni même bien souvent le *secret professionnel,* les Médecins contrôleurs sont en même temps des Médecins traitants, le contrôle est donc inexistant (94).

Les Sociétés de secours mutuels offrent ainsi aux inscrits des avantages bien moins intéressants que les lois sociales. Comment continuent-elles à coexister avec les Assurances sociales, qui sont obligatoires ? On peut dire d'abord que la force de l'habitude les maintient. Les sociétés patronales qui les ont créées en sont fières et continuent à recruter des adhésions, par des moyens parfois plus ou moins respectueux de la liberté. Elles peuvent du reste, maintenant encore, rendre des services d'importance. Les Assurances sociales, malgré leur organisation générale, ne suffisent pas à répondre à tous les besoins imprévus des ouvriers et employés. Sur les prestations en nature est, en effet, laissée une part de

(93) *Médecin de France,* 1935, p. 989.
(94) *Id.,* 1936, p. 124.

20 % à la charge de l'assuré (95) ; s'ils sont affiliés à une société de secours mutuels, c'est celle-ci qui supportera la différence. Ceux dont le salaire est trop faible ou trop irrégulier pour servir de base à une cotisation (moins de 1.000 francs) en s'affiliant à une société mutualiste, peuvent bénéficier des mêmes assurances. Enfin une loi générale comme celle des Assurances sociales ne peut pas prévoir tous les cas particuliers et ne peut tout assurer : les prestations en argent de l'assurance maladie peuvent être insuffisantes, parce que l'assuré a des enfants en cours d'études, des ascendants à charge... la mutualité complètera les prestations et, à l'occasion, consentira des prêts. L'assurance contre le chômage qui n'a pu être réellement organisée par les lois d'assurances sociales peut être formée par la société de secours mutuels. Son organisation très souple, moins administrative que les lois sociales, s'adaptera à chaque cas particulier qu'elle connaît mieux, son action sera plus personnelle. Tous peuvent du reste s'y affilier, étant donné la modicité ds cotisations réclamées.

C'est en raison de cette utilité incontestable des mutualités que les Syndicats médicaux ont continué de leur accorder leur collaboration, malgré les tentatives d'exploitation auxquelles il se sont heurtés. Ils accepteraient volontiers de collaborer loyalement avec elles, comme ils le font avec les Caisses d'assurances sociales, à la condition que l'art. 1er de la loi du 1er avril 1898 soit modifié et admette le libre choix (96). C'est sur ce point surtout qu'ils réclament une réforme.

(95) Cf. art. 6, § 10, du décret-loi du 14 juin 1938, modifiant le décret-loi du 28 oct. 1935.

(96) *Presse Médicale*, 16 janv. 1937. Les syndicats médicaux ont un délégué qui les représente au Conseil supérieur des Mutualités.

VI. — Hygiène publique et sociale

Les lois sociales établissent principalement le fonctionnement de la Médecine curative devant la maladie. Mais cette intervention est tardive et il vaudrait mieux tâcher d'éviter le mal que d'avoir à le réparer. C'est la *médecine préventive*, étendue à tout le public, qu'il faut étudier pour compléter cette vue sur l'action sociale des Syndicats médicaux.

Les progrès des sciences médicales ont démontré que la maladie n'est pas un châtiment du ciel ni un état de péché. Elle se contracte dans des conditions scientifiquement déterminées. Il faudrait donc arriver à écarter de l'individu la réalisation des conditions favorables à l'éclosion des maladies : c'est là le rôle de l'Hygiène. « Pendant de longs siècles, la Médecine n'avait été qu'incertitude et dissertation doctrinales. La thérapeutique se déduisait le plus souvent de prémisses inexactes. L'émiettement des connaissances médicales décourageait les tentatives d'unité, tant dans l'instruction des médecins que dans leur pratique, et les efforts sanitaires se ressentaient de cette dispersion des efforts » (Discours de M. Achard à l'Académie de Médecine (97).

Maintenant que les principes d'hygiène ont été établis, c'est une obligation pour l'Etat de mettre à la disposition du public ces progrès de la Médecine et de la science pour le maintien de la santé générale. Il doit défendre sa propre vie en défendant l'intégrité des habitants de son territoire. Mais l'Etat n'est ni Médecin ni hygiéniste et ne saurait le devenir : le principe démocratique qui confie « n'importe quoi à n'importe qui »

(97) *Progrès Médical*, 14 déc. 1937.

serait trop dangereux à appliquer dans une entreprise où les vies humaines sont en jeu. Les initiatives privées, si elles sont empreintes d'esprit altruiste n'en sont du reste pas moins incompétentes, souvent même maladroites et encore plus limitées dans leurs possibilités matérielles. La seule véritable compétence en la matière est celle du Médecin. Lui seul connaît les moyens scientifiques de dépister les foyers d'infection, prévenir les maladies, lui seul est assez influent sur les individus pour leur imposer les mesures à prendre : « Rien ne vaut le médecin qui vit sur place, en communion constante avec les population, auxquelles il est capable de faire accepter des mesures qu'aucune menace de sanction officielle ne réussit parfois à imposer, dont les yeux plongent dans tous les foyers et savent fouiller partout (98) ». Le médecin ne sera plus seulement un guérisseur, mais un hygiéniste (99).

Dans une entreprise d'une telle importance, il convient que l'action soit générale. Le Médecin isolé peut faire des merveilles dans son petit ressort, mais il peut aussi rencontrer l'hostilité des autorités, voire celle d'un confrère, l'indifférence polie ou hargneuse des particuliers, son action demeure toujours limitée quant au territoire. C'est donc dans le double but de réaliser une action générale quant au territoire à défendre contre la propagation des maladies et celui d'opposer, s'il le faut, aux pouvoirs administratifs et aux diverses résistances une autorité suffisamment forte, que l'action du *syndi-*

(98) Rapport du Dr Legros à la Chambre, 2e séance du 11 juillet 1930. (*Médecin de France*, mai 1932, p. 461.)

(99) « Il est de mode de parler d'économie dirigée, concevez-vous une hygiène sociale dirigée par des non-médecins ? » (Dr Grasset, *Siècle Médical* du 15 juillet 1936.)

cat, qui réalise les conditions de généralité et d'autorité, doit se substituer à celle du Médecin ou tout au moins la seconder, en matière d'hygiène publique.

Le plan de l'action syndicale en matière d'hygiène publique et sociale fut établi lors du congrès provincial tenu à Dijon par le Syndicat des médecins hygiénistes français au service de l'hygiène française les 3 et 4 juin 1928 (100). Une proposition de loi fut déposée en 1932 par le Dr Legros, député, qui demandait la concentration au ministère de la Santé publique des organes centraux d'hygiène sociale et de prophylaxie et voulait réaliser une prévention spécialisée dans le dépistage de trois graves maladies : la tuberculose, la syphilis, le cancer (101).

Il existe à la Confédération une *commission d'hygiène sociale et de lutte contre les fléaux sociaux*, dont le rôle est d'étudier toutes propositions soumises par les Syndicats membres et d'élaborer un plan d'action qui coordonne les efforts de tous et donne à l'ensemble une unité. Les Syndicats sont représentés à divers comités et commissions, notamment au Conseil supérieur d'hygiène sociale (décret du 12 janvier 1938), au Conseil supérieur de la Mutualité (loi du 1er avril 1898, art. 34), à la Commission spéciale de la tuberculose auprès du Conseil supérieur des Assurances sociales (102), ce qui leur permet d'exercer une action particulièrement efficace et de faire entendre l'avis syndicaliste dans les grands problèmes de l'Hygiène publique, posés devant les Pouvoirs publics.

(100) Cf. *Offrande à Hygie* publiée par les Syndicats des Médecins hygiénistes, à l'occasion de leur congrès de Dijon en 1928.

(101) *Médecin de France*, n° mai 1932, *Syndicat et lois sociales*.

(102) Arrêté du Ministre du Travail, *J. O.*, 25 avril 1939.

En dehors des sessions de ces assemblées, les Syndicats ne restent pas inactifs et rappellent aux ministres leurs vœux par des lettres, des entrevues fréquentes. Dans une lettre adressée le 12 juin 1936 par la Confédération au Ministre de la Santé Publique, on trouve ces lignes : « Pour toutes ces questions graves, et pour d'autres qui font l'objet de nos études syndicales, nous nous déclarons prêts à une collaboration active et loyale, de même que nous sommes prêts à envisager par contrat collectif, dont nous possédons d'ailleurs des schémas depuis des années, la prise en charge du fonctionnement technique, par les Syndicats médicaux des organisations prophylactiques... » (103).

L'action sociale des Syndicats médicaux en hygiène publique atteint les individus de deux façons :

1° Action de *portée générale*, c'est-à-dire atteignant *tous* les individus, quelle que soit leur qualité.

2° Action de *portée spéciale*, c'est-à-dire ne s'adressant qu'à certaines catégories de personnes ou à certaines activités particulières.

1° Action de portée générale

Le premier effort en hygiène publique doit tendre à réaliser pour tous les conditions d'une vie saine, telles que les individus puissent développer pleinement leur activité dans une atmosphère purifiée. Ce but sera atteint par un assainissement du *logement* et de *l'alimentation*. Quand le danger de maladie apparaît, il convient de le dépister au plus tôt et de le déjouer dans la mesure du possible : ce sera le rôle de la *prophylaxie*

(103) Publiée dans le *Médecin de France* de 1936.

et de la *vaccination*. On tente aussi de faire remonter la courbe de la *natalité*. Enfin divers procédés pourront être mis en œuvre pour *éduquer* la masse, afin de l'éclairer contre les dangers auxquels sa santé est exposée.

a) *Hygiène de l'Habitation*

Il ne suffit pas de favoriser la construction d'habitations à bon marché pour les ouvriers aisés, bien que ces réalisations soient du plus heureux effet pour l'hygiène générale du pays, puisque la législation des H. B. M. permet un contrôle effectif du respect des prescriptions de salubrité. Ce qu'il faut surtout, c'est lutter contre le logement des classes pauvres dans des *taudis*. « Il ne suffit plus de dire : celui-ci est devenu tuberculeux parce que c'est un surmené, vivant dans un taudis. Il faut, d'ores et déjà, que le Médecin se penche sur le problème du travail et sur celui de l'habitation » (104).

Il faut à tout prix bannir le logement étroit aux murs suintants d'humidité où vit telle famille de trois, cinq personnes pêle-mêle, où le jour n'arrive que par une lucarne, où le soleil n'a jamais sa place, tel que l'a illustré le célèbre Poulbot par les cartes de propagande contre le taudis. Il devient fastidieux de s'acharner à soigner les habitants de ce lieu fatal, si, après leur guérison ils doivent y retourner ! « Il y a en France, à l'heure « actuelle, sauf exception fragmentaire, largement assez « d'hôpitaux et de dispensaires pour répondre aux be- « soins des indigents et des nécessiteux. Mieux vaudrait « dériver le pactole vers les grandes organisations d'hy- « giène générale : suppression des taudis, adductions

(104) Le *Siècle Médical*, Dr R. Grasset, 15 juill. 1936. Cf. *Paris Médical*, 22 avril 1939, p. 1.

« d'eaux, urbanisme (105) sanitaire, etc..., qui seraient « d'un intérêt réel et considérable au point de vue de « la prophylaxie générale des maladies » (106).

Les Médecins que la pratique de leur art fait pénétrer partout peuvent dénoncer l'existence des logements insalubres aux autorités qui ordonnent leur démolition (107). Dans cette œuvre, ce sont évidemment les capitaux qui font le plus défaut : malgré les demandes des Syndicats médicaux, l'argent n'est encore accordé qu'à un débit trop faible. La démolition des taudis est une œuvre de grande patience. Une campagne est actuellement entreprise auprès du public par la « Ligue nationale contre le taudis », grâce à laquelle on a déjà pu raser bien des îlots insalubres.

b) *Hygiène de l'alimentation*

L'alimentation du public n'est pas moins importante. Il est, en effet, d'un intérêt primordial qu'une nourriture saine soit mise à la disposition de tous (108). Les Syndicats préconisent divers moyens de le réaliser : surveillance des viandes de boucherie pour éviter la propagation de la tuberculose; purification des eaux d'alimentation; démolition des fosses à purin auprès des puits et sources, ozonisation et javellisation dans les villes (109).

(105) « L'urbanisme, c'est l'art de planter en pleine ville un faux décor de campagne, avec l'espoir que les globules rouges, assoiffés d'oxygène, s'y laisseront prendre. » (*Concours Médical*, 4 août 1935.)

(106) *Médecin de France*, 1934, p. 540.

(107) Cf. décret-loi 24 mai 1938 (*J. O.*, 25 mai 1938) sur la démolition des îlots insalubres. Lois 14 mars 1919 et 19 juill. 1924 et décret-loi 25 juill. 1935 sur les plans d'aménagement des villes.

(108) Cf. loi du 1er août 1905 qui réprime les falsifications de denrées alimentaires.

(109) *Offrande à Hygie*, p. 419.

Une action toute particulière s'exerce en ce qui concerne le lait : il faut veiller à ce qu'il soit recueilli et transporté dans des récipients bien nettoyés et que les animaux eux-mêmes ne soient pas laissés dans un état de malpropreté dangereuse pour la qualité du lait. La Confédération élève également la voix sur la « façon scandaleuse » dont sont employées certaines pratiques dans la production des farines et la panification.

Dans ce domaine l'action la plus efficace est celle du Médecin de campagne dont le regard pénètre partout et dont la voix est la plus écoutée.

c) *Vaccination*

Le procédé qui s'est révélé le plus heureux en Médecine préventive est sans doute la vaccination. Les disciples de Pasteur, en continuant son œuvre, ont permis d'étendre les applications pratiques du principe du vaccin à des maladies de plus en plus nombreuses, avec de bons résultats. Les Médecins ont fait pression sur le législateur pour que la pratique de la vaccination s'étende au public. Aujourd'hui, le vaccin contre la variole est obligatoire pour tous; la triple injection anti-diphtérique, typhique, tétanique est appliquée aux conscrits. Depuis peu, la loi du 2 juin 1938 (J. O. 3 juin 1938) (110), votée après de nombreuses interventions des Syndicats médicaux, est venue imposer à tous les enfants la vaccination anti-diphtérique. Le secrétaire général de la Confédération proposait récemment de faire une enquête sur les résultats obtenus par ces vaccinations par les anatoxines et offrait qu'elle soit centralisée à la Confé-

(110) Cette loi a ajouté à la loi du 15 févr. 1902 un art. 6 *bis*.

dération « qui en publierait les résultats avec plus de célérité que les organismes officiels » (111). Ainsi seraient mis en lumière les bienfaits de la vaccination. Il est, d'ores et déjà, certain que ces mesures font progressivement disparaître les maladies telles que la variole dont, à part une légère recrudescence manifestée, notamment à Rennes, lors du séjour en France des réfugiés espagnols, les statistiques nous présentent une cote très voisine de zéro.

Malheureusement la science est loin de posséder des vaccins contre toutes les maladies et, en matière de tuberculose notamment (les résultats du B. C. G. sont encore inconnus, l'application en étant encore trop récente), il demeure nécessaire de recourir à d'autres procédés de prévention.

d) *Prophylaxie*

Le *dispensaire* constitue l'élément de base de la prophylaxie et du dépistage des maladies déclarées, en particulier pour la tuberculose, la syphilis (112), le cancer. Au point de vue juridique, les Dispensaires sont des « établissements publics investis de la personnalité civile et soumis en principe, en ce qui touche leur administration, aux règles fixées pour les offices d'H. B. M. de la loi du 23 décembre 1912 » (113).

Au point de vue technique, le Dispensaire est un établissement où sont examinés des malades externes, c'est-

(111) *Presse Médicale*, 11 mars 1939.

(112) La lutte contre les maladies vénériennes est actuellement alimentée par la vente d'un timbre postal, « Pour sauver la race », dont la surtaxe est versée à la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale. (*Presse Médicale*, 6 mai 1939, suppl., p. 2.)

(113 et 114) Loi du 15 avril 1916 (*J. O.*, 18 avril 1916).

à-dire venus en consultation; on y donne des « conseils de prophylaxie et d'hygiène » ; on y réalise une « éducation antituberculeuse ». Le Dispensaire veille également à « assurer aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, préventoria » (114). Il n'y est donc donné aucun traitement. On y procède seulement à *un dépistage* des maladies : pour mener à bien cette mission, le Dispensaire est muni d'un outillage assez important et coûteux, notamment d'appareils de radiographie et radioscopie. Le Dispensaire est en relation avec les établissements susceptibles de recevoir les individus reconnus malades, des conventions sont passées à cet effet. Aujourd'hui, la plupart des villes et même des bourgs de campagne possèdent un Dispensaire actif.

Les Syndicats médicaux ont eu une influence prépondérante dans la rédaction des textes concernant les dispensaires, comme ils en ont une sur l'amélioration de leur fonctionnement quotidien. Dans certaines villes, ce sont les Syndicats médicaux qui ont pris en charge la direction du Dispensaire. Mais actuellement ils s'élèvent contre les abus que l'on y rencontre. Le Dispensaire doit être légalement réservé aux nécessiteux. Le client qui ne ressortit pas de l'Assistance médicale, ne doit pas y avoir son entrée, il doit consulter personnellement son Médecin. Or c'est tout le contraire qui se produit trop souvent. « Exonérés de toutes charges fiscales qui acca-
« cablent les Médecins, subventionnés, pesant sur les
« contribuables, ils distribuent à tout venant, nécessi-
« teux ou non, contre payement, une Médecine standar-
« disée et hâtive. Le contrôle du fonctionnement de ces
« Dispensaires devrait être attribué à des représentants

« des Médecins praticiens, non fonctionnaires » (115). Ici encore le Syndicat vient donc au secours du Médecin isolé dont le travail et le temps font l'objet d'une exploitation par l'administration. Dans une réunion, le Syndicat des Médecins de Bordeaux avait adopté la motion suivante : « Aucun Médecin n'acceptera jusqu'à nouvel « ordre aucun emploi dans un Dispensaire sans l'assen- « timent écrit de son Syndicat » (116). Ainsi un contrôle efficace serait réalisé sur la sincérité de l'application de la loi aux Dispensaires. Le Syndicat possède seul une autorité suffisante pour être écouté là où le Médecin isolé n'arrivait pas à faire entendre sa voix: il doit protéger ses membres autant contre les abus de la clientèle aisée que contre l'autorité qui la soutient, et en même temps aider à faire réaliser les améliorations souhaitables pour que le Dispensaire remplisse complètement sa vocation (117).

e) *Education populaire*

On a beaucoup parlé d'éducation des masses, en matière politique, littéraire, philosophique. Si l'on voit un intérêt à la réaliser dans ces domaines, elle est également de toute première importance en Médecine. Tant qu'on laissera le public dasn l'ignorance des éléments d'Hygiène et de Médecine préventive, le malade guéri retombera dans ses anciens errements, en toute bonne foi. Tant qu'on n'aura pas fait pénétrer dans les habi-

(115) *Presse Médicale*, 26 nov. 1938. Extrait de l'ordre du jour du meeting de protestation des Médecins de la Seine du 4 nov. 1938.

(116) Le *Siècle Médical*, 1er nov. 1936.

(117) En matière de prophylaxie on peut encore signaler le décret-loi du 28 oct. 1938, art. 6, § 17, qui permet aux assurés sociaux de subir un examen médical préventif tous les cinq ans, faculté dont ils n'usent malheureusement pas assez.

tudes du peuple telles pratiques d'hygiène (propreté du corps, aération des logements, désinfection et isolement du malade...) de même que telles notions élémentaires de Médecine (désinfection des moindres blessures, méfiance des toux persistantes), et qu'on ne lui aura pas appris à recourir tout de suite au Médecin, la maladie ne reculera que très lentement. Au contraire, le jour où le malade se présentera spontanément au docteur dès qu'il aura constaté les symptômes inquiétants, l'action médicale interviendra à coup beaucoup plus sûr. Que de maux tardivement révélés qui, s'ils avaient été dénoncés à temps, eussent été sans peine et rapidement guéris ! Que de fois le dépistage précoce d'une maladie eût évité la contamination d'une famille entière !

Les Syndicats médicaux sont les plus ardents propagandistes de l'éducation populaire qu'ils affirment « plus efficace qu'une police sanitaire ». Ils recommandent la projection de *films* ayant trait à l'Agriculture et qui, par la gratuité des séances, ne manquerait pas d'attirer les paysans. On y exposerait par l'image les soins à apporter à la fabrication du beurre, les méfaits et les dangers des mouches et des rats. Des séances concernant la Puériculture seraient également utiles à la ville et à la campagne (118). Des manuels de puériculture pourraient être distribués aux jeunes mamans. On a déjà cité le succès remporté par la campagne « contre le taudis » par la mise en vente de séries de *cartes postales* représentant les aspects du logement insalubre. Les *conférences* peuvent également être utiles, mais il faut s'adresser alors à un public déjà cultivé ou spécialement désireux de le devenir, sinon on rebuterait et on lasse-

(118) *Offrande à Hygie*, p. 331.

rait les auditeurs. L'image, le film et aussi l'*affiche* sont des armes très efficaces par leur pouvoir d'évocation; les Syndicats recommandent à leurs adhérents d'en user pour réaliser l'éducation populaire en matière d'hygiène.

f) *Natalité*

Un des fléaux qui attaquent aujourd'hui le plus dangereusement la France, c'est la Dénatalité. Nul n'ignore qu'à une époque où tous les pays européens accroîssent leur population, la France est le seul Etat qui se dépeuple ! Parmi les nombreuses causes auxquelles on peut rattacher ce phénomène, il en est une que les Syndicats médicaux cherchent de toutes leurs forces à faire disparaître : c'est l'avortement volontaire. La huitième section du Syndicat des médecins de la Seine a émis un vœu (119) : après avoir sollicité que, pour éviter toute dénonciation calomnieuse, le Conseil de Famille soit habilité comme juridiction officielle en cette matière, il demande instamment que :

1° soit exemptée de toute peine *la femme* qui aura dénoncé les manœuvres abortives commises sur sa personne.

2° la *procédure* se poursuive toujours à huis-clos, mais que le nom de la personne condamnée soit publié dans 10 journaux et affiché à son domicile pendant 2 ans. Que pour les *médecins* soient en outre prononcées : a) l'interdiction d'exercer; b) une amende qui ne pourra être inférieure à 10.000 francs.

3° soient inscrits au tableau des *produits* dangereux que les pharmaciens ne peuvent vendre que sur ordon-

(119) *Presse Médicale*, 22 avr. 1939, suppl., p. 1.

nance, les produits emménagogues. Les efforts pour protéger la jeunesse s'orientent également dans la lutte contre la prostitution (120).

2° Interventions spéciales

Après avoir tenté d'atteindre l'ensemble du public de toutes ces façons, le Syndicat médical tâche de déjouer et de dépister la maladie à ses débuts auprès de certains groupes d'individus réunis par leur activité commune. Le premier groupement où l'on entre, dans notre société, est l'*école*. Il est de toute première importance que les affections dont sont atteints les enfants qui s'y réunissent soient révélées le plus tôt possible. *L'inspection médicale scolaire* trimestrielle fonctionne dans la plupart des établissements (121). Le Syndicat médical réclame qu'une très grande attention soit apportée à cet examen. A l'Assemblée générale du 16 décembre un ordre du jour a été voté où on lit ceci : « L'inspection médicale « doit être organisée partout en France, soit avec le con- « cours de Médecins inspecteurs ne faisant pas de clien- « tèle, soit avec le concours de Médecins inspecteurs pra- « ticiens. Pour ces derniers les nominations seraient « faites sur une liste proposée par le Syndicat médical « du département ». Les fiches sanitaires ou le carnet de santé (122), établies par le Médecin de famille ou à défaut, par le Médecin inspecteur de l'école, ne devront

(120) *Presse Médicale*, 31 déc., suppl., p. 1.

(121) Dans les établissements *publics* ces examens sont gratuits ; mais dans les écoles *privées* ils sont payants et beaucoup de parents tâchent d'y échapper par un certificat de leur médecin, ce qui rend le contrôle bien illusoire.

(122) Chaque Français devra avoir bientôt un carnet de santé personnel.

porter aucune indication sur l'hérédité. Elles mentionneront : a) les poids et mensurations;

b) les indications générales portant sur les organes des sens et plus spécialement, sur la vue et l'ouïe;

c) l'état de la dentition;

d) les vaccinations effectuées et leurs dates;

e) les maladies antérieures conférant pratiquement l'immunité.

Ces fiches, conservées sous la responsabilité du Médecin inspecteur, seront remises à la famille à la fin des études. En aucun cas l'inspection médicale scolaire ne peut comporter de soins; l'enfant reconnu comme en ayant besoin doit simplement être signalé à sa famille (123).

L'enfant doit, en effet, rester le plus possible à sa famille et ces examens médicaux, nécessaires pour que l'établissement défende ses élèves contre la contamination, ne doivent servir qu'à prévenir les parents des mesures qu'ils ont à prendre (124). La santé des enfants regarde la famille et non l'Etat. Mais à l'école tout devra être mis en œuvre pour assurer aux enfants un milieu sain; on devra notamment procéder à la désinfection des livres qui passent aux générations successives d'années en années; on veillera également à la santé du personnel pour éviter que se renouvelle le cas de ce tuberculeux qui fut pendant plusieurs années cuisinier

(123) *Presse Médicale,* 31 déc. 1938.

(124) Une enquête a été faite par le S. M. S. auprès des médecins, professeurs et parents d'élèves. Les professeurs ont demandé que leur soient communiquées les données suivantes : *a*) vision; *b*) audition; *c*) attitudes vicieuses; *d*) aptitude aux exercices physiques. La connaissance de ces données ne porte pas atteinte au secret médical et doit guider les professeurs à guider les élèves avc précision. (*Prsse Médicale,* 25 mars 1939.)

dans un grand collège (125) ! Aujourd'hui tous les membres de l'enseignement public, comme la plupart des fonctionnaires, doivent se soumettre, avant leur intégration, à l'examen médical par un phtisiologue, ce qui réduit encore les dangers de contagion dans les établissements.

L'action de dépistage ne se limitera pas aux écoliers et lycéens, elle suivra le sujet quand il deviendra *étudiant* (126). Les études supérieures sont longues, fatigantes, le sujet jeune dont le tempérament est à peine formé se trouve surmené et trop souvent sous-alimenté, il offre un terrain propice à l'éclosion de toutes les maladies, notamment la tuberculose et trop d'exemples se trouvent sous nos yeux. « Dutrey, dans une récente sta- « tistique portant sur 120.000 conscrits a trouvé cinq fois « plus d'étudiants tuberculeux que d'ouvriers d'usine » (127). Il est clair que dans de telles conditions un examen médical périodique serait d'une grande utilité. A l'instigation des Recteurs d'Académie, secondés par les Syndicats de Médecins, des *visites estudiantines* ont été récemment organisées dans différentes universités (128) et des tuberculoses latentes ont pu être décelées chez des sujets ignorants de leur état : on a pu ainsi les soigner à temps.

Toutefois cette initiative n'a pas été sans rencontrer de l'hostilité chez les étudiants eux-mêmes. L'Associa-

(125) *Paris Médical*, 1er janv. 1938, p. 1.

(126) Labouré, thèse médecine, Paris, 1937.

(127) *Paris Médical*, 7 janv. 1939.

(128) Un décret-loi du 17 juin 1938 (soumis à la ratification des Chambres) a autorisé cette pratique. Le décret du 22 mai 1929 l'organise.

tion corporative des étudiants en Médecine de Paris a protesté, elle demande à l'Etat :

« a) de faciliter la vie matérielle des étudiants en Médecine (la vie précaire de ceux-ci étant la cause principale de leurs maladies) et non de prendre des sanctions administratives contre les étudiants malades, ainsi que certains le réclament;

« b) de laisser les étudiants libres de se soigner à leur guise, comme doit pouvoir faire tout homme libre. »

Elle proteste également « contre la sélection phy-
« sique des étudiants, car de nombreux exemples pour-
« raient être cités prouvant l'erreur d'une pareille pra-
« tique et repousse le caractère *obligatoire* d'examens
« demandés. Elle souhaite de voir organiser dans les
« autres facultés des examens médicaux *gratuits* aux-
« quels l'étudiant pourra se rendre de son plein gré au
« début de chaque année scolaire, et sans que le résultat
« en soit communiqué à la Faculté » (129).

Il est certain que ces examens ne doivent pas servir à écarter des études ceux qui se trouvent malades. Au sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet, la vie est au contraire organisée de façon que chacun puisse y poursuivre son travail dans la mesure où cela ne nuit pas à la cure. Mais il est raisonnable de décider que l'examen médical des étudiants doit être obligatoire, chacun étant ensuite libre de soigner les affections qu'on lui a signalées. Ils doivent venir à la visite, sauf s'ils fournissent un certificat émanant d'un Médecin de leur choix affirmant qu'il les a examinés. L'assurance qu'au-

(129) *Paris Médical*, 23 juill. 1938, p. VI. Le décret-loi du 17 juin 1938 prévoit qu'un droit annuel de 40 francs sera perçu auprès des étudiants et affecté de priorité aux dépenses de médecine préventive et ensuite aux différentes œuvres sociales des étudiants (restaurants, cités, foyers).

cune fiche de consultation ne sera conservée par l'Université doit écarter leurs craintes, il faut que cette assurance puisse être donnée.

Les visites médicales estudiantines, comme les visites scolaires peuvent présenter un autre intérêt : les jeunes gens sont tentés de pratiquer les sports de leur choix, sans savoir si leur constitution en bénéficie ou en pâtit : la visite peut mettre en lumière telle affection cardiaque ou autre dont l'état s'aggraverait du fait des pratiques d'entraînement sportif. Le décret-loi du 17 juin 1938 stipule à cet effet que les Comités d'académie de l'office du sport scolaire et universitaire ne pourront délivrer de licence sportive aux étudiants qui n'auraient pas obtenu un avis favorable à la visite de Médecine préventive.

Enfin le Médecin poursuit également l'ouvrier à *l'usine*. Le Conseil d'administration de la Confédération, dans sa réunion du 23 octobre 1938 demande, en effet, que la Médecine préventive industrielle soit organisée par les contrats collectifs avec les Syndicats (130). L'hygiène des lieux du travail fait l'objet de toute une réglementation (cube d'air des ateliers, aération, évacuation des poussières et ventilation, température) et depuis peu l'Inspecteur du travail peut être assisté d'un Médecin pour la surveillance du respect de ces prescriptions d'hygiène (131).

Par toutes ces interventions les Syndicats de Médecins réalisent le vœu du Dr Bussière : « Nous sommes les glaneurs, les pauvres glaneurs de vies dans ce beau domaine qu'est la France » (132).

(130) *Presse Médicale*, 2 nov. 1938, suppl., p. 1.

(131) Cf. art. 101 *a* nouveau du livre II du Code du Travail, modifié par la loi du 17 juill. 1937.

(132) *Offrande à Hygie*, p. 397.

CONCLUSION

Au terme de cette étude où ont été exposées la naissance, la croissance et l'évolution des Syndicats de Médecins, il convient de chercher la conclusion qui peut s'en dégager. Si les Syndicats de Médecins ne semblent pas toujours animés d'un esprit de désintéressement absolu, s'ils cherchent avant tout à faire respecter les prérogatives de la profession qu'ils représentent, on ne peut nier le bien qu'a permis de réaliser leur active et loyale collaboration aux lois sociales. On ne saurait exiger du Médecin qu'il oublie ses intérêts personnels pour ne songer qu'à ceux de la Société : on ne demande un tel effort aux membres d'aucune autre profession libérale, pourquoi l'imposer au Médecin ?

Il est du reste clair que l'intérêt général est lié à ce que le Médecin ait de bonnes conditions de vie et de travail. Cette sécurité dans le travail, c'est ce que le Syndicat cherche à lui assurer. Il semble donc que les Pouvoirs publics auraient un intérêt à favoriser l'éclosion et la vie des Syndicats de Médecins et sans doute aussi à les rendre *obligatoire*. Bien des praticiens qui repoussent cette idée le font non par hostilité envers les principes syndicalistes, mais dans l'espoir que sera réalisé bientôt l'Ordre des Médecins que tous espèrent. Ce projet qui est toujours en suspens au Parlement risque fort d'attendre encore bien longtemps sa promulgation.

Il serait sans doute raisonnable d'accepter ce que l'on possède sans trop compter sur ce qui viendra à une date indéterminée. Le jour où l'Ordre des Médecins sera réalisé, le Syndicat lui laissera la place et lui abandonnera en même temps le travail déjà fait et les résultats déjà obtenus. Ainsi l'aménagement de la Corporation en un Ordre des Médecins sera-t-elle grandement facilitée.

Mais en attendant il faut considérer les avantages indéniables que présenterait le *Syndicat obligatoire*. Il permettra d'exercer sur bien des praticiens une surveillance à laquelle beaucoup échappent encore aujourd'hui. Il aidera à réaliser l'unité tant désirée dans le corps médical que la multiplicité actuelle des Syndicats existants compromet singulièrement. Certains pensent qu'il suffirait d'étendre la compétence du Conseil de Famille à tous les praticiens, syndiqués ou non; mais cette égalité devant une juridiction n'aboutit pas au même résultat d'unification.

Il semble bien que ce soit un devoir pour tous les Médecins de se syndiquer. Celui qui se sent fort et sûr de lui se doit de mettre à la disposition de ses confrères moins heureux l'aide que sa solidité permet d'apporter. Quand on considère le travail réalisé par les Syndicats et les résultats obtenus, le Médecin non syndiqué, quelle que soit sa situation, fait un peu figure de « profiteur qui « trouve pratique (nous le trouvons nous au moins inélé- « gant), de profiter d'avantages, souvent difficilement « acquis, sans avoir jamais aucune part à leurs recher- « ches ou à la lutte nécessaire pour les obtenir, s'abste- « nant de contribuer, même par une simple cotisation « annuelle, à la marche de nos organisations » (1).

(1) *Médecin de France*, Dr Cibrie, 1933, p. 405.

« Gardez-vous de vous éloigner de vos confrères », disait autrefois Hippocrate à son fils Thellasus et à son gendre Polybe. Aujourd'hui la nécessité d'une collaboration intellectuelle, qu'assurent par ailleurs les diverses revues de Médecine, n'est plus seule à justifier la nécessité pour les Médecins de s'unir. Le jour n'est peut-être pas éloigné où, avec le nombre toujours croissant des docteurs en Médecine et la tarification des « prestations en nature » que favorisent les lois sociales, les praticiens n'auront d'autre moyen d'obtenir le paiement de leurs honoraires que d'agir par l'entremise impersonnelle du Syndicat.

Mais si le Syndicat obligatoire n'est pas réalisé, il faudrait peut-être arriver à la solution opposée : le Syndicat serait « une sélection... dont on s'enorgueillisse. Alors... la plus redoutable sanction serait d'en être exclu » (2). Ce serait là un moyen indirect d'assurer la plus haute moralité dans le corps médical.

Quoi qu'il en soit dans l'avenir, que le Syndicat demeure facultatif, qu'il devienne une sélection ou qu'on le rende au contraire obligatoire, son rôle de défenseur des intérêts professionnels demeurera et, avec lui, *l'action sociale* si importante qu'il réalise dans la vie moderne. C'est pourquoi on peut formuler pour l'avenir un vœu qui résume tous les efforts faits par les Syndicats médicaux dans ce domaine : qu'aucune question intéressant la Médecine sociale ne soit résolue sous forme législative sans que l'avis du corps médical organisé en Syndicats ait été consulté et que cette demande d'avis soit adressée à la Confédération des Syndicats médicaux

(2) Archives hospitalières, *Les « services » du syndicat* par M. Delort, nov. 1937, p. 648.

français. Grâce à la collaboration confiante et intelligente ainsi réalisée entre les Pouvoirs publics et les Syndicats de Médecins, la Médecine sociale sera toujours en progrès et fonctionnera au mieux des intérêts de tous.

Vu :
Le Président de la thèse,
André Trasbot

Vu :
Le Doyen
Durtelle de Saint-Sauveur.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Rennes
Rennes, le 24 juin 1939,
Galletier.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses

C. Goret. — *Des Syndicats médicaux*, thèse Droit, Paris, 1904.

M. Prunier. — *Condition juridique du Médecin*, thèse Médecine, Paris, 1904.

Dr Sicard. — *Responsabilité de discipline médicale*, thèse Médecine, Montpellier, 1910.

P. Boudin. — *Le Syndicalisme Médical*, thèse Droit, Paris, 1919.

P. Guérin. — *L'Etat contre le Médecin*, thèse Médecine, Paris, 1928.

R. Cordier. — *L'Ordre des Médecins*, thèse Droit, Dijon, 1930.

M. Tabary. — *Le Médecin et la loi sur les Assurances sociales*, thèse Médecine, Paris, 1932.

A. Quiniou. — *Une page d'histoire sociale*, thèse Médecine, Bordeaux, 1934.

M. Labouré. — *Une expérience à la Cité Universitaire*, thèse Médecine, Paris, 1937.

Mlle S. de Maulde. — *Intervention des Syndicats médicaux dans la Médecine publique et sociale*, thèse Droit Toulouse, 1937.

Mlle Nagel. — *Evolution de la législation sanitaire en France*, thèse Médecine, Bordeaux, 1938.

Revues et périodiques

Le Médecin de France, journal officiel mensuel de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Le Concours Médical, organe hebdomadaire des praticiens, fondé en 1879.

La Presse Médicale, bi-hebdomadaire.

Le Progrès Médical, hebdomadaire.

Paris Médical. La semaine du clinicien.

Bulletin du Ministère de la Santé publique.

Bulletin du Syndicat des Chirurgiens français.

Le Siècle Médical, bi-mensuel.

La Revue Médicale de la Franche-Comté, organe officiel de la Société des Sciences médicales de la Franche-Comté.

Archives hospitalières, revue bi-mensuelle.

Journal des Médecins de Bordeaux.

Lois Nouvelles.

Publications diverses

Offrande à Hygie, édité par le Syndicat des médecins hygiénistes français au service de l'Hygiène français, à l'occasion du premier congrès provincial tenu à Dijon les 3 et 4 juin 1928.

Dr Laffitte, *Le Médecin, sa formation, son rôle dans la Société moderne.* Edit. Delmas, Bordeaux, 1938, in-8°, 901 pages.

F. Payen et G. Duveau. *Les règles de la profession d'Avocat et les usages du Barreau de Paris.* Nouvelle édition par F. Payen. Librairie du Recueil Sirey, Paris, 1936.

E. Raiga et M. Fèlix. *Le régime administratif et financier du département de la Seine et de la Ville de Paris.* 2e édition 1936. Librairie Arthur Rousseau, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE 8

INTRODUCTION

I — Définition du Syndicat et histoire du Syndicalisme 9

II — Organisation des professions libérales : Ordres et Compagnies 10

III — Histoire des Syndicats de Médecins 11

A) Avant les Syndicats, les Associations. Syndicats et Associations 11

B) Les Syndicats : création 17

L'arrêt de Domfront 20

La loi du 30 novembre 1892 21

La Confédération 23

IV — L'Ordre des Médecins 23

CHAPITRE PREMIER. — Organisation des Syndicats de Médecins 29

Sect. I. Constitution 29

Sect. II Fonctionnement 30

A) Le Conseil de Famille. Création et formes .. 32

Déontologie médicale et le Code 34

Rôle moderne du Conseil de Famille 38

B) La Confédération des Syndicats médicaux français 39

C) Aménagements divers 41

Chapitre II. — La défense professionnelle dans les Syndicats de Médecins 43
A) Action sur la moralité professionnelle et rôle disciplinaire 44
B) Défense des intérêts de la profession 51
1° Domaine d'intervention du Syndicat 51
a) Rôle d'information 52
b) Lutte contre l'exercice illégal de la Médecine 52
c) Exclusion des étrangers. Elaboration de la loi du 21 avril 1933 57
d) Retraite des Médecins 61
1. Le projet de M. Pomaret 61
2. Retraite Pierre Dibos 65
3. La Mutuelle Confédérale 66
e) Tarifs syndicaux et paiement des honoraires 66
f) Divers avantages matériels assurés aux membres du Syndicat 69
2° Moyens d'action 70

Chapitre III. — L'application des lois sociales et les Syndicats de Médecins 77
Sect. I. Principes : La Charte médicale 77
A) Evolution 78
B) Les principes syndicalistes en médecine sociale
a) Le libre choix 81
b) Le secret professionnel 83
c) L'entente directe quant aux honoraires.. 86
d) La liberté de prescription et de thérapeutique 89
e) L'hôpital et les lois sociales 90
f) Le problème du contrôle en médecine sociale 93

C) L'enseignement des lois sociales et de leur pratique des lois sociales 94
D) Fonctionnarisation des médecins ? 96
Sect. II. L'application des principes syndicalistes dans la pratique des lois sociales 99
§ I Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles 101
§ II Loi sur l'Assistance médicale gratuite aux indigents 108
§ III Loi des Pensions 114
§ IV Loi des Assurances sociales 118
1° Relations des syndicats médicaux avec les assurés sociaux 122
2° Relations avec les Caisses d'A. S..... 130
3° Le contrôle en matière d'A. S..... 135
a) Contrôle des assurés malades.. 136
b) Contrôle des praticiens..... 137
c) Contrôle des établissements de soins 139
d) Les médecins contrôleurs..... 139
§ V Rapports avec les Mutualités 143
§ VI Hygiène publique et sociale 149
1° Action de portée générale 152
a) Hygiène de l'habitation 153
b) Hygiène de l'alimentation..... 154
c) Vaccination 155
d) Prophylaxie 156
e) Education populaire 158
f) Natalité 160
2° Interventions spéciales 161
Ecole, Université, Usine 161
Conclusion 167